جامعة مؤتة

عمادة الدراسات العليا

مدى توافر أبعاد الصحة التنظيمية وأثرها في الحد من مصادر ضغوط العمل "دراسة ميدانية على أطباء القطاع الحكومي في الأردن"

إعداد الطالب

معتصم مهدي أبو شتال النعيمات

إشراف

الدكتور نضال الحوامدة

رسالة مقدمة إلى عمادة الدراسات العليا

استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجـــة

الماجستير في الإدارة العامة قسم الإدارة العامة

جامعة مؤتة، 2005

بسم الله الرحمن الرحيم

MUTAH UNIVERSITY
Deanship of Graduate Studies

جامعة مؤتة
عمادة الدراسات العليا

نموذج رقم (14)

إجازة رسالة جامعية

تقرر إجازة الرسالة المقدمة من الطالب معتصم مهدي أبو شتال الموسومة بـــ:

مدى توافر أبعاد الصحة التنظيمية وأثرها في الحد من مصادر ضغوط العمل
دراسة تطبيقية على أطباء القطاع الحكومي في الأردن

استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة العامة.

القسم: الإدارة العامة.

	التوقيع	التاريخ	
د. نضال الحوامدة		2005/5/12	مشرفاً ورئيسا
أ.د. حلمي شحادة يوسف		2005/5/12	عضواً
د. خالد الزعبي		2005/5/12	عضواً
د. محمد عبدالفتاح ياغي		2005/5/12	عضواً

عميد الدراسات العليا

أ.د. أحمد القطامين

MUTAH-KARAK-JORDAN
Postal Code: 61710
TEL :03/2372380-99
Ext. 5328-5330
FAX:03/ 2375694
e-mail: dgs@mutah.edu.jo sedgs@mutah.edu.jo
http://www.mutah.edu.jo/gradest/derasat.htm

مؤته – الكرك – الاردن
الرمز البريدي :61710
تلفون :03/2372380-99
فرعي 5328-5330
فاكس 03/2 375694
البريد الالكتروني
الصفحة الالكترونية

الإهداء

إلى الأرواح التي ارتقت لمغفرة ربها وما زالت تحيا بأضلعي، جدي سلامة وأبي مهدي وأخي محمود وحفيدتهم الرهف أبو شتال، وإلى صدق المشاعر ونبض الحياة أمد الله في أعمارهم، أعمامي وأخوتي، والى عناوين الصبر وينابيع الحنان الأمهات والعمات حفظهن الله وإلى المؤنسات الغاليات ورموز نقاء السريرة جمعتني بهن أحلى الذكريات فسكبن حنانهن في قلبي حتى كان لحياتي معناها شقيقاتي، وإلى من أعطوني ولم يبخلوا علي.

مع خالص التقدير والاحترام.

معتصم أبو شتال

شكر وتقدير

يطيب لي أن أتقدم بجزيل الشكر وخالص العرفان إلى مؤتة الجامعة والمجد والكرامة والتاريخ والرسالة التي فتحت أبوابها أمام طالبي العلم، والى جهاز الأمن العام الأردني الذي منحني فرصة التطور والتقدم في جميع مجالات حياتي الوظيفية والشخصية، وإلى لواء الأمن الدبلوماسي قائداً وضباطاً ومرتبات الذين سخروا جميع الإمكانيات لخدمة الدراسة.

أما أستاذي الفاضل الدكتور نضال الحوامدة تضيق عباراتي في شكره وثناءه فلقد شاركني هم المسؤولية الوظيفية والعلمية، وأولاني جل اهتمامه وتفانيه في توفير المعلومات القيمة المثرية التي ما كنت احصل عليها لوحدي، وبنور علمه كشف الغموض الذي اعترضني أثناء الكتابة والبحث، وبطبعه الأبوي ولباقة الحكماء وجهني، فكان لي خير سندٍ، حتى خرجت هذه الدراسة إلى حيز الوجود اشكره بإخلاص وسيكون مثلي الأعلى .

ويشرفني أن أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى أعضاء لجنة المناقشة الأستاذ الدكتور حلمي شحادة والدكتور خالد الزعبي والدكتور محمد ياغي على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الدراسة وسيكون لملاحظاتهم وتوجيهاتهم كل الاهتمام ولأساتذتي أعضاء هيئة تحكيم أداة الدراسة على توجيهاتهم وآرائهم السديدة.

والى محمد سليمان وفالح وموسى اسميحان أبو شتال، ومحمد موسى النعيمات، وعمر الغويري، ويوسف المحاسنة، ووسيم صبحي، والدكتور ايمن المحاميد، والدكتورة مي الصعوب، والأخت رغد عوض، أقدم الشكر الموصول على مواقفهم النبيلة

معتصم أبو شتال

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

الملخص

مدى توافر أبعاد الصحة التنظيمية وأثرها في الحد من مصادر ضغوط العمل

"دراسة ميدانية على أطباء القطاع الحكومي في الأردن"

معتصم مهدي أبو شتال

جامعة مؤتة ، 2005

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى توافر أبعاد الصحة التنظيميـــة، وضوح الهدف، الثقة، المعنوية، التكيف، تسخير المصادر، توازن السلطة، التماســك ملائمة الاتصالات ،الإبداعية، ملائمة حل المشاكل، الاستقلالية.

وتأثيرها في الحد من مصادر ضغوط العمل لدى الأطباء في المستشفيات الحكومية الأردنية في محافظات إقليم الوسط (عمان، الزرقاء، البلقاء، مأدبا)، ولتحقيــق أهــداف الدراسة فقد تم تطوير وتصميم استبانة لغرض جمع البيانات من أفراد العينــة والبــالغ تعدادها (422) مفردة، وتم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.10) وذلك باستخدام أساليب الإحصاء الوصفي (المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري)، وأساليب الإحصاء التحليلي(الانحدار المتعدد، والتباين) وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة:

1) أن تصورات الأطباء لمدى توافر أبعاد الصحة التنظيمية جاءت متوسطة، أمــا مصادر ضغوط العمل فقد جاءت مرتفعة.
2) وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الصحة التنظيميــة كمتغير مستقل وبين مصادر ضغوط العمل كمتغير تابع .
3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو الصــحة التنظيميــة تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الخبرة، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفــال، التصنيف الفني، الدخل الشهري) .

وتوصي الدراسة: ضرورة الاهتمام بتعزيز وخلــق أبعــاد الصــحة التنظيميــة فــي المستشفيات الأردنية من قبل وزارة الصحة عن طريــق إعــادة تنظــيم المستشــفيات وهياكلها وعملياتها وبيئاتها وتسخير مصادرها بطريقة مناسبة.

Abstract

Existence of Organizational Health Dimensions and it's Effects to Degrease the Effect of Job Stress.

"A Field Study for Governmental Physicians sector in Jordan"

Muatasem Abu-Shattal

Mu'tah University, 2005

The study aimed at recognizing the existence of Organizational Health Dimensions, (Goal Focus, Trust, Morales, Adaptation, Resource Utilization, Power Equalization, Cohesiveness, Communication Adequacy, Innovativeness Problem Solving Adequacy, Autonomy), and its effects to eliminate the Sources of Job Stress upon the physicians of Governmental Hospitals in The Middle - Region of Jordan (Amman, Zarqa, Madaba, and Balqaa).

To achieve the aims of the study, a developed questionnaire was used to collect data from a sample consists of (422) subjects, the statistical package of Social Science (SPSS.10) was used to analyze the data of the questionnaire, depending on the descriptive statistic methods such as (Means, Standard deviation), and analytical methods such as (multiple regressions, ANOVA).

The Study has reached the following findings:

1. The perceptions of physicians toward the (Dimensions of Organizational Health) were medium, and toward the (Sources of Jobs Stress) were high.
2. There is a significant statistical negative relationship between the Independent variable (Organizational Health Dimensions) and dependent variable (Sources of Job Stress).
3. There are significant statistical differences of the perception of the physicians toward (Organization Health Dimensions) depending on their (Age, social status, and number of children, classification, and monthly income).

Based on the result of the study, the following can be recommended:
Attention must be paid to create and enhance the dimensions of organization health in the Jordanian hospitals by reorganizing hospitals structures, processes, and environments and utilize their resources effectively.

الفصل الأول

خلفية الدراسة ومشكلتها

1.1 مقدمة :

نظراً لما يشهده العالم من تزايد هائل في عدد السكان، وما يرافقه من تطور متسارع في التكنولوجيا، فإن ذلك يدفع بالمنظمات لأن تكون قادرة على تلبية حاجات السكان المتزايدة، وان تكون ذات مواصفات وخصائص تختلف عن منظمات الماضي، حيث أنها أصبحت ذات أهداف متعددة وحجم كبير، وانتشار جغرافي واسع، ويتجه أسلوب إدارتها إلى المشاركة والإدارة الجماعية، وتتزايد فيها أعداد القوى العاملة ذات المهارة الفنية العالية، ويكون الضغط متزايداً عليها لتلبية احتياجات ومطالب الأفراد، سواء العاملين فيها أو أفراد المجتمع الذي تتواجد فيه، أو المستهلكين المباشرين لسلعها وخدماتها المنتجة، وخصوصاً تلك المنظمات الخدمية، والمؤسسات التعليميـــــــــة، ومؤسسات الرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية .

وقد صاحب هذا التحول والتغير في بيئة وبنية المنظمات، تطور فـــي علــم الإدارة، حيث أصبح علماً منظماً ومنسقاً لجهود العاملين في كل منظمة، سواء كانت هذه المنظمة عامة أو خاصة ، أو خدمية أو إنتاجية، فظهــرت هنالــك تســميات لإدارات تتبــع المنظمــة، مثــل: الإدارة المدرســية، الإدارة التربويــة، الإدارة الصناعية، وأيضا الإدارة الصحية، أو إدارة الخــدمات الصــحية و التمريضــية، والتي تهدف إلى تحقيق هدف المنظمة أو المؤسســة الصــحية، وأهــداف الفريــق الصحي فيها (أطباء، وإداريين، وممرضين، وفنيين)، وأهداف الجمهور المستفيد من خدماتها الطبية والصحية (المرضى والمراجعين وغيرهم) .

ولزيادة الاهتمام بالمنظمات والعنصر البشري فيها، في القطاعين العام والخاص، فقد تم تحليل الجوانب التنظيمية والبيئية المادية للمنظمة، والجوانب السلوكية لإفرادها وما هو تأثير كل منهما في الآخر، لإضفاء صفة التفاعل بين المنظمة وعناصرها وبيئتها، وبهدف إحداث التغير في السلوك، ظهر مفهوم الصحة التنظيمية كمفهوم حديث في بعض المنظمات تعبيراً عن حالتها (Wolff ,2003)

فإما أن تكون حالة المنظمة هنا محفزة وجيدة وصحية ويطلق على المنظمة حينئذ في أنها تتمتع بصحة تنظيمية (Healthy Organization) ، وإما أن تكون الحالة محبطة غير جيدة وغير صحية، فتكون مدعاة للتوتر والقلق، فالمنظمة هنا لا تتمتع بصحة تنظيمية (Unhealthy Organization) وهذا ما يقود إلى مفهوم ضغوط العمل(Job stress) ، (Nurit & Cohen,1991) وكلا المصطلحين له علاقة بالسلوك الإنساني في المنظمات، سواء كان على المستوى الفردي أو الجماعي أو التنظيمي ولكليهما أبعاد تعتبر مؤشرات على توافرهما في المنظمة .

وعليه فقد ارتأت هذه الدراسة فتح الباب للبحث في موضوع الصحة التنظيمية من حيث مفهومها ومقاييسها ومجالاتها ومستوياتها وأبعادها وأهميتها في المدارس الإدارية واستراتيجيات بلورتها في المنظمات سيما وأنه موضوع قلت فيه الدراسات الميدانية العربية والأردنية، وكذلك البحث في موضوع ضغوط العمل من حيث مفهومها ومصادرها وأثارها على الفرد والمنظمة وطرق إدارتها، وتركز هذه الدراسة على أبعاد الصحة التنظيمية المتمثلة بـ (وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات، الاستقلالية) وبيان أثرها في الحد من مصادر ضغوط العمل الفردية والتنظيمية والوظيفية والمادية والاجتماعية لدى الأطباء في القطاع الحكومي في الأردن .

ويجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسة تطبق على الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية في إقليم الوسط وهي لا تعني الإحاطة الشاملة في جوانب الصحة التنظيمية وضغوط العمل بل هي محاولة لتسهل الطريق أمام المزيد من الدراسات الأخرى لطرق موضوعها في المستشفيات وغيرها من المنظمات .

2.1 مشكلة الدراسة.

يعتبر العنصر البشري في أي منظمة المحرك الرئيسي لإنجاز أعمالها و تحقيق أهدافها، كما هو الحال في المنظمات الصحية(المستشفيات) في القطاع العام والتي يعتبر الأطباء فيها أهم عنصر بشري فاعل، نظراً للواجبات التي يقومون

بها، والجهود التي يبذلونها، ولكي يقوم الأطباء بأعمالهم لا بد من توفر بيئة عمل مناسبة لهم داخل المستشفى تكون (بيئة تنظيمية صحية)، إلا أن بعض الدراسات المحلية التي أجريت، أشارت إلى أن تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة، شبه غائب عن ساحة المستشفيات (عبد الحليم،والعمري،2004)، وان تقييم الأطباء لمدى ملائمة مواقع مباني المستشفيات الحكومية الأردنية وتجهيزاتها ومدى كفاءة وتأهيل كوادرها البشرية العاملة فيها، وكفاءة تجهيزاتها الطبية والمختبرية، وصيدلياتها، وكفاية الأدوية وفعاليتها، وتأثير إجراءاتها الإدارية، في مستوى تقييم متوسط ويعني وجود نواقص واختلالات في هذه المجالات (عبد الحليم،والشبلي،2001) كما إن الأطباء في المستشفيات الحكومية، يعانون من زيادة التوتر، وصعوبة التفاهم، وسوء العلاقات مع الكوادر البشرية والطبية والتمريضية الأخرى (الجرادين،2001) وأنهم من الكوادر البشرية الطبية، الذين يعانون من الضغوط الوظيفية(اللوزي،الحنيطي،2003).

وعليه فإن مشكلة الدراسة تتلخص في غياب عناصر الصحة التنظيمية بابعادها المختلفة، (وضوح الهدف، الثقة، المعنوية، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، ملاءمة حل المشاكل، الاستقلالية)، في المستشفيات الحكومية الأردنية، وهذا بدوره يزيد من وجود مصادر ضغوط العمل في هذه المستشفيات، لذلك جاءت هذه الدراسة، للتعرف على مدى توافر أبعاد الصحة التنظيمية في المستشفيات الحكومية في الأردن وأثرها في الحد من مصادر ضغوط العمل .

3.1 أهداف الدراسة .

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :

أ . بناء إطار نظري وفكري لمفهوم الصحة التنظيمية كونه مفهوم قل تناوله في الادب الإداري العربي بشكل عام والأردني بشكل خاص.

ب . التعرف على مدى توافر أبعاد الصحة التنظيمية في المستشفيات الحكومية، (وضوح الهدف، الثقة، المعنوية، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات ،الإبداعية، ملاءمة حل المشاكل، الاستقلالية).

ج . التعرف على مصادر ضغوط العمل لدى أطباء المستشفيات الحكومية.

د . تحليل طبيعة العلاقة الإرتباطية بين متغيرات الصحة التنظيمية وكل بعد من أبعادها ،وبين مصادر ضغوط العمل.

هـ . بيان اثر توافر أبعاد الصحة التنظيمية في الحد من مصادر ضغوط العمل لدى الأطباء في المستشفيات الحكومية.

و. محاولة الوصول لنتائج وتوصيات وحلول مفيدة، يستفيد منها متخذي القرارات في وزارة الصحة ومستشفياتها، للاستفادة منها في تعزيز أبعاد الصحة التنظيمية وتقليص مصادر ضغوط العمل التي يعاني منها الأطباء.

4.1 أهمية الدراسة .

تستمد هذه الدراسة اهميتها مما يلي :

1. من خلال الموضوع الذي تطرحه (مدى توافر أبعاد الصحة التنظيمية وأثرها في الحد من مصادر ضغوط العمل)، وكونه يتعلق بإحدى شرائح المجتمع المهمة جداً والعاملة في منظمات خدمية هامة وهم الأطباء في المستشفيات الحكومية في المملكة الأردنية الهاشمية، الذين يمارسون مهنة إنسانية، متعلقة بصحة وحياة البشر وهي مهنة الطب، كما وتعد خدمة ضرورية لا يمكن الاستغناء عنها، حيث يتطلب عمل لأطباء توفر بيئة تنظيمية صحية لها اثر في سلوك وأداء وإنتاجية وصحة وسلامة هؤلاء الأطباء.
2. كما تنبع أهمية هذه الدراسة من أنها تبحث في موضوع الصحة التنظيمية، الذي تفتقر إليه الدراسات العربية، كما وأنها مهمة كونها تربط بين مفهوم الصحة التنظيمية ومصادر ضغوط العمل .

3. كما وتعد هذه الدراسة من أولى الدراسات العربية التي تتناول مفهوم الصحة التنظيمية، في المستشفيات الحكومية في المملكة الأردنية الهاشمية، وبالتالي يمكن الاستفادة من نتائجها، التي تعزز أهمية توفر ابعاد الصحة التنظيمية لعمل الأطباء في المستشفيات، ويأمل أن تشكل هذه الدراسة مرجعاً وحجر أساس مهم للأكاديميين والباحثين في موضوع الصحة التنظيمية .
4. كما تستمد هذه الدراسة اهميتها من انها تساعد على توفير بيئة ملائمة تجعل المنظمات قادرة على التطور وتعزز من عمل الكوادر الصحية في المستشفيات القطاع العام في اقليم الوسط .

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري

1.2 الصحة التنظيمية (Organizational Health).

1.1.2 مفهوم الصحة التنظيمية:

الصحة لغة : "هي الشيء خالياً من العيب" (عطية،332,2000) أما التنظيمية فهي مأخوذة من التنظيم ،أي المنظمة، والتعريف الإجرائي للمنظمة بأنها "كيان اجتماعي (أفراد وجماعات) هادف ومصمم بوعي، له حدود واضحة، ويعمل على أساس دائم لتحقيق أهداف محددة " (القريوتي ،2000, 53).

وأول من استخدم مصطلح الصحة التنظيمية (Organizational Health)، هو (Miles) عام (1967) حيث عرفها على أنها " قدرة المنظمات في أن تعمل بكفاءة، وتتكيف وتتطور وتنمو بشكل ملائم ،من خلال نظام وظيفي متكامل وفعال بكل معنى الكلمة ،لتحقيق أهدافها المرغوبة" واستعمل مصطلح الصحة الإنسانية للدلالة على صحة منظمات التدريس، وهو مصطلح مجازي (Metaphor concept) للتعبير عن الصحة التنظيمية، وقدم (Miles) عشرة أبعاد عن الصحة التنظيمية تحت ثلاث مجموعات رئيسة وهـي : (Akbaba , 1997,5)

المجموعة الأولى: ترتبط بالوظيفة والعمل ويندرج تحتها الأبعاد : (وضوح الهدف، كفاءة الاتصالات ، توازن السلطة المثالي) .

المجموعة الثانية: ذات علاقة في الحالة الداخلية للمنظمة وحاجات العناية بالأفراد ويندرج تحتها الأبعاد: (تسخير الموارد ، التماسك ، المعنويات) .

المجموعة الثالثة: وهي موصوفة تحت عنوان النمو والتغير ويندرج تحتها الأبعاد: (الإبداع، الاستقلالية، التكيف، ملاءمة حل المشاكل).

كما تعرضت (Keeton ، 2003) لهذه الأبعاد العشرة، وعرفتها كما هو في الجدول رقم (1) :

جدول رقم (1)

أبعاد الصحة التنظيمية وتعريفاتها

البعد	التعريف
وضوح الهدف (Goal Focus)	مقدرة الأفراد والجماعات والمنظمات في أن يكون لديها قبول ودعم واضح للأهداف والغايات.
ملاءمة الاتصالات (Communication Adequacy)	الحالة التي تنتقل فيها المعلومات بدون تشويه وتحول أفقيا وعمودياً عبر حدود المنظمة .
توازن السلطة المثالي (Optimal Power Equalization)	القدرة على المشاركة والتنسيق لجهود الأعضاء في دائرة العمل ، بكفاءة وبأقل إحساس من التوتر .
تسخير الموارد (Resource Utilization)	أن تكون جميع مصادر المنظمة مستخدمة بفاعلية .
التماسك (Cohesiveness)	الحالة التي عندها يكون ، الأفراد والجماعات والمنظمات، لديهم إحساس واضح، بالتماثل والتطابق ، وان الأعضاء منجذبون لأن يكونوا أعضاء في المنظمة، ويرغبون بالبقاء فيها لتأثرهم بها، وهم يبذلون قصارى جهودهم خلالها.
المعنوية (Morale)	الحالة التي يكون فيها الفرد والجماعة والمنظمة لديهم مشاعر من الرضا والسعادة والحضور الإيجابي .
الإبداع (Innovativeness)	قدرة المنظمة في توفير بيئة تنظيمية تمكن الآخرين ليكونوا خلاقين، ولديهم قبول بالمخاطرة.
الاستقلالية (Autonomy)	الحالة التي يمكن فيها للفرد والجماعة والمنظمة ، ترتيب الغايات والأهداف، في مواجهة الاحتياجات ،عند ترتيب الطلبات الظاهرة .
التكيف (Adaptation)	المقدرة على تحمل الضغوط ، وتحقيق الاستقرار، عندما يكون هنالك استجابة لمطالب البيئة الظاهرة .
ملاءمة حل المشاكل (Problem Solving Adequacy)	قدرة المنظمة على تفهم المشاكل وحلها بأقل جهد، وأن نظام حل المشاكل في المنظمة صالح وفاعل بحيث تحل المشكلة من جذورها .

المصدر: Keeton, Carole, (2003) , District Organization and Management , Clear Creek Independent School District, Texas, USA ,P2.

ولقد تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم الصحة التنظيميـة، فقـد عرفـت الصحة التنظيمية من قبل (VanSant, 2000،2) بأنها " حالة نشطة مستمرة مـن الرضا العميق، فيها تساهم الهياكل التنظيمية الرسمية وغير الرسمية ايجابيـا فـي زيادة الفاعلية، وتحسين حياة العمل للأفراد في المنظمة".

أما (Koscec, 2000,4) فقد عرف الصحة التنظيمية علـى أنهـا " حالـة المنظمة التي يتوفر فيها بيئة ومكان عمل يستطيع الموظفون فيهما أن يعملـوا بنجاح في الوصول إلى مستوى أداء يحقق التوقعات على المدى البعيد، ويمكـن أن ينعكس ذلك في انخفاض معدلات كل من: (الغيـاب عـن العمـل، ودوران العمل، والشكاوى) بالإضافة إلـى أن مجتمـع العـاملين ينعمـون بالصـحة الفسيولوجية والنفسية " وذكر أنه لتفعيل الصحة التنظيمية في أماكن العمل لا بد من الاهتمام بمصدرين لها وهما :

أ. **نمط القيادة والسلوك الفردي**: وهو المصدر الأهم للصحة التنظيمية مـن خـلال توجيه وتوسيع الرؤية، وتمكين الأفراد من العمل بحرية وإبداع، والتغذية العكسية عن الأداء، وحل الصراعات بعدالة، وتشجيع التطـور والـتعلم، ومعاملـة كـل شخص باحترام، وأن تكون القيادة داعمة للعاملين وملبية لحاجاتهم وجديرة بالثقة .

ب. **الممارسات التنظيمية** : وهي المصدر الثاني للصحة التنظيميـة فـي المنظمـة وتتمثل في : توضيح أهداف المنظمة ،وتشجيع المشاركة في اتخاذ القـرارات، وتوفير المواد الصالحة، والآلات والتجهيزات الملائمة لإنجاز العمل، وتشـجيع تبادل المعرفة والاتصالات، والمكافأة بعدالة .

اما (Hill, 2003,26) فقد عرفها "بأنها قدرة المنظمات للعمل بفاعلية والتكيـف بشكل ملائم ،والتغلب على المشكلات على نحو كافٍ،وتتغير وتنمو من الداخل ".

أما (Wolff, 2003,7) فقد عرفت الصحة التنظيمية بأنها "استراتيجية المنظمات في المحافظة على صحة العاملين الفسيولوجية والنفسية وتحسين إنتاجيتهم، ذلك مـن خلال الاهتمام بتحفيزهم من قبل أصحاب العمل ،واستخدام الحلول المتكاملة للتغلب على عدم مقدرتهم في الأداء، والسيطرة على ظاهرة التغيب عـن العمـل بمعرفـة جذورها ومسبباتها ومعالجتها لمساعدة العاملين على البقاء في أعمالهم ".

ويتضح مما سبق أن هنالك قاسماً مشتركاً بين التعريفات الـواردة أنفـا، وأن جميعها تؤكد على فاعلية المنظمة وفاعلية الأفراد فيها، والتأثير الايجابي لكل منهما في الآخر وعليه يمكن القول بأن المنظمة تعتني بأفرادها من خلال توفير بيئة العمل المناسبة والصحية، وبيئة العمل المبدعة والخالية من الصراعات، وبيئة العمل التـي تبعث على التكيف والتكامل والتماسك بـين الأعضـاء، وبالتـالي يمكـن تسـخير واستغلال طاقات راس المال البشري، لإنجاز الأعمال والواجبات، في ظل جو مـن تناغم الأهداف ووضوحها والثقة المتبادلة، ووضوح جوهر الأنظمـة والتعليمـات، فالصحة التنظيمية تتأثر بشكل عميق بسلوكيات الأفـراد، والمنظمـة التـي تتمتـع بالصحة التنظيمية تتمتع بمعدلات منخفضة من الحالات المرضـية بـين أفرادهـا وتحرص على أن يكونوا جميعاً وفي مختلف المستويات متكاتفين ومتراصين .

2.1.2 مقاييس الصحة التنظيمية:

إن الاهتمام المتزايد بموضوع الصحة التنظيمية في المنظمات، دفع بالباحثين والدارسين إلى العمل على تصميم وتطوير مقـاييس، لقيـاس مسـتويات الصـحة التنظيمية في المنظمات المختلفة، وإجراء الدراسات الهادفة لرفع مستوى الصحة التنظيمية في هذه المنظمات، و من أهم المحاولات في تصميم وتطوير مقـاييس الصحة التنظيمية :

أولاً : في عامي (1973 و1975) طور كل مـن (Kimston & Sonnabend) موثق في (Akbaba ,1997) مقاييس للصحة التنظيمية للمنظمات المدرسـية لقياس أبعادها المتمثلة في (اتخـاذ القـرار ،العلاقـات الشخصـية، الإبداعيـة، الاستقلالية، العلاقة بين المجتمع و المدرسة) .

ثانيا: أما (Nurit & Cohen,1991) فقد طورا مقياساً لتحليل مستوى الصـحة التنظيمية في المنظمة، بحيث يمكن تطبيق هذا المقياس على مختلـف المنظمـات حيث يقيس الأبعاد ذات الاحتمال القوي، في عدم تمتع المنظمة بصحة تنظيمية، لا سيما إذا كانت استجابة المبحوثين ذات مستوى عالي في تأييد وجود أبعـاد عدم الصحة التنظيمية، وهذه الأبعاد هي :(اللامبالاة في المنظمة ، التـردد فـي اتخاذ القرار ،عدم وضوح خطوط السلطة والمسؤولية، نقص الثقة،انخفاض المقـدرة

بسبب التخوف والاضطراب والقلق، نقص المقدرة الإبداعية، انخفاض جودة العمل، الإسراف في النفقات)، ويجدر القول أن هذا المقياس هو احد المقاييس التي اخـذت بعين الاعتبار لتطوير اداة هذه الدراسة بعد تحويل بعض من فقراته مـن صـيغتها السلبية الى صيغة إيجابية.

ثالثا: طور(Neugebauer ،2000) مقياساً للصحة التنظيمية، من خلال مجموعة من الاستبيانات وطبق هذا المقياس على مراكز العناية بالطفل لقياس فعاليتها من خلال الأبعاد التالية: (التخطـيط، والتقيـيم، والتحفيـز، والرقابـة، وتطـوير الموظفين، والتفاعل بين الجماعات، واتخاذ القـرارات، وحـل المشـكلات، وإدارة العمليات المالية، والتفاعل البيئي).

رابعا: اعد كل من (Saunders & Barker, 2001) نموذجـاً لقيـاس الصـحة التنظيمية يفحص مدى نجاح المنظمة ويشخص حالتها الصحية عند إجراء التغييـر والتطوير التنظيمي من خلال أربعة عوامل رئيسية وهي:

أ. **فن التخطيط (الاستراتيجية)**، القائم على وضوح رؤية ومهمة واتجاهات المنظمة .

ب. **أفراد المنظمة**، فيما يخص كفاءتهم ومقدار ما يتمتعون به من مهـارات ومعرفة وتأهيل ومقدرة على التعلم، وتعاضدهم في البحث عن التكامـل التنظيمي، والتزامهم المبني على الارتباط والرضا الوظيفي .

ج. **عناصر التمكين**، وهي العمليات والهياكل والأنظمة التي تعـزز عمـل المنظمة واستراتيجياتها .

د. **القيادة**، وكيف تعمل على الموائمة بين الاستراتيجية والأفراد وعناصـر التمكين من اجل الوصول إلى أداء ممتاز في المنظمة .

خامساً: قدم كل من (Williams &Williams ,2004) استراتيجية جديـدة فـي تشخيص وقياس الصحة التنظيمية، تبين فيما إذا كانت الحالة الصحية للمنظمة حسنة أو ضعيفة، والمقاييس المعتمدة لذلك تقيس صحة المنظمة باستمرار، وتظهر ما هـو الوضع الحسن وما هو الوضع غير الحسن، وتقوم هذه الاسـتراتيجية علـى ثلاثـة مفاهيم للصحة التنظيمية هي :

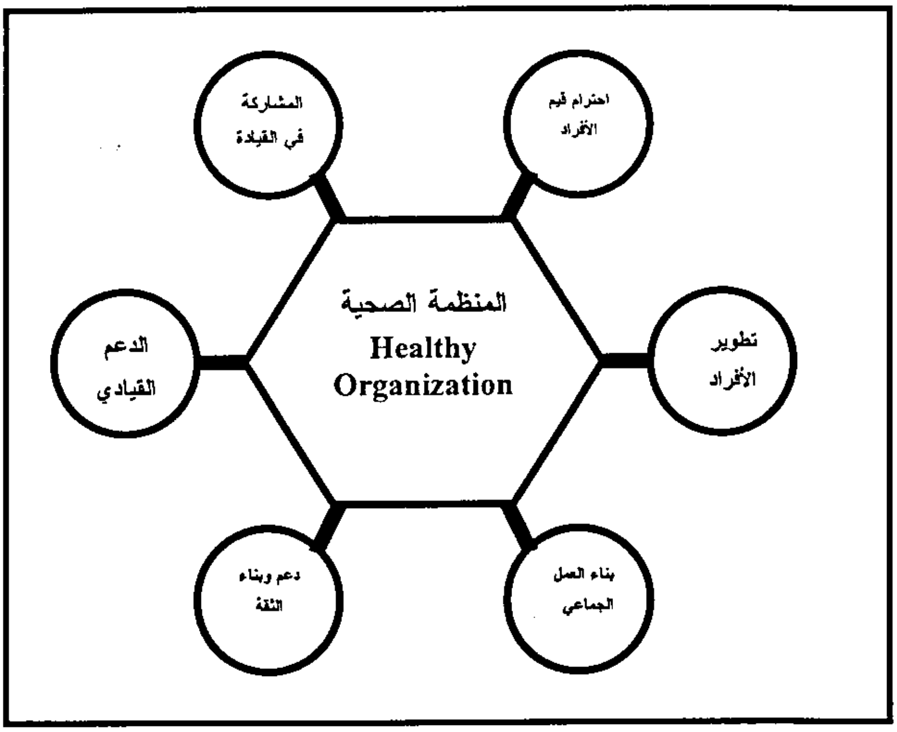
أ. **الصحة التنظيمية والترابط الاجتماعي** : المتمثلة في العلاقات الاجتماعية والثقة بين الأعضاء والالتزام الاجتماعي في تحقيق الأهداف والغايات .

ب. **الصحة التنظيمية والتغيير**: وتتمثل في إشراك الموظفين في عملية التغيير من اجل تحديد العوامل المؤثر على الفاعلية التنظيمية من اجل تخفيض الضغوط والتوترات .

جـ. **الصحة التنظيمية والرضا** : ويتمثل ذلك في رضا العاملين والزبائن، من خلال المحافظة على (الانتماء، المعنويات، التحفيز، الأمن الوظيفي، تدريب العاملين الجدد، التغذية الراجعة عن الأداء، وبالتالي الاهتمام بقيم واتجاهات الزبائن ليكونوا راضين جداً عن الإنتاج أو الخدمة).

3.1.2 مجالات الصحة التنظيمية :

تساهم القيادة (Leadership) والقوى العاملة (Workforce) في تعزيز الصحة التنظيمية في المنظمة من خلال ما يتوفربينهما من علاقة مشتركة وانسجام متطابق وثقة متبادلة، للاعتناء بمسائل تنظيمية تعتبر مجالات تعكس مدى قدرة المنظمة في تعزيز موقعها التنافسي ومحافظتها على أن تبقى أفضل المنظمات في جذب الأفراد والزبائن وغيرهم، (Koscec, 2000)، " فالمنظمة التي تتمتع بصحة تنظيمية جيدة هي المنظمة التي تتوفر فيها خصائص القيادة المبادرة وتؤكد ثقافتها التنظيمية على قوة الترابط والمشاركة بين القيادة والعاملين فيها " (Laub, 2004)، ويمكن القول أن لذلك اثر في طرق الأداء والإنجاز، " وتتعدد مجالات الصحة التنظيمية وتركز في الغالب على خلق بيئة عمل منتجة وصحية، تثمن قيم الأفراد، وتدعم السلوك القيادي والعمل المؤسسي، (Hammond & Koscec, 2004)، وهنالك ستة مجالات رئيسية للصحة التنظيمية في المنظمة يوضحها الشكل رقم(1) وتقع المسؤولية الكبرى على عاتق قيادة المنظمة في الاهتمام بها وتقييمها باستمرار للحفاظ على معنوية وسعادة ورضا العاملين ولتحقيق الإنتاجية الجيدة (Laub, 2004).



الشكل رقم (1)

مجالات الصحة التنظيمية في المنظمة

المصدر: Laub, James (2004),Organizational Health and Organizational Levels ,OLAG, Indiana Wesleyan University, p5.

ويمكن توضيح الشكل السابق كما يلي :

1. **احترام قيم الأفراد (Value people)** . وهي أن تؤمن المنظمة وقيادتها بأن الأفراد يركزون على كيفية قبول واحترام قيمهم، وتوفير احتياجاتهم، والاستماع لهم بصدق، وإن عملية الاستماع لهم بعناية هي أفضل تعبير عن احترام قيم الآخرين .
2. **تطوير الأفراد (Develop people)** . المنظمة التي تتمتع بالصحة التنظيمية تبحث عن خلق بيئة تعليمية ديناميكية تبعث على النمو والتطور وتعتبر أن أخطاء الآخرين هي فرص للتعلم فهي منظمة تشجع الآخرين وتمنحهم الثقة والقبول.
3. **بناء العمل الجماعي (Community build)**: المنظمة التي تتمتع بالصحة التنظيمية تأخذ بعين الاعتبار العلاقات بين الأفراد لإنجاز مهمتها وتحقيق رؤيتها كما أن قيادة المنظمة والعاملون فيها يستثمرون الوقت والفرصة ليتواجدوا معاً

كفريق واحد في المشاركة والاستماع وردة الفعل ولا بد من احترام الاختلافات من نواحي : العرق ،الجنس،العمر،الثقافة ، " وان لا تسمح المنظمة لهذه الاختلافات بالسيطرة على المنافسة الطبيعية بين العاملين فيها لاسيما الاختلافات العرقية التي تؤثر على الأداء والصحة، (Quick & Cocchiara, 2004).

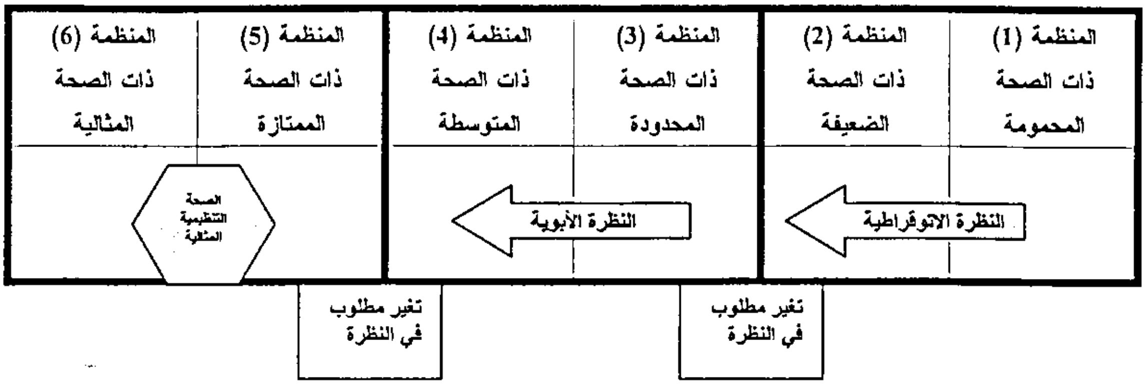
4. **دعم وبناء الثقة (Display Authenticity):** المنظمة التي تتمتع بالصحة التنظيمية هي التي تتمتع بقنوات الاتصال المفتوحة بين أفرادها وقيادتها وهنالك مستوى عالٍ من الثقة بين الموظفين لكي يطابق القول مع الفعل في هذه المنظمة .

5. **الدعم القيادي (Provide Leadership):**المنظمة التي تتمتع بالصحة التنظيمية هي الموجه نحو المستقبل والتي تنظر إلى الأمام لتبصر ما يمكن أن يكون وما يجب أن يكون وتدعم القيادة لتكون قيادة مبدعة ومؤثرة تعنى بتوفير الاحتياجات الفردية للآخرين وتنمي مسؤولية تحقيق الأهداف سواء لدى القادة أو العاملين.

6. **المشاركة في القيادة (Share Leadership):** المنظمة التي تتمتع بالصحة التنظيمية هي التي تعتبر أن لكل قيادة سلطة ولا بد من المشاركة في السلطة بين القادة والآخرين ويمكن للعاملين المشاركة في وضع رؤية المنظمة وصنع قراراتها واستغلال مواردها، " ومشاركة القادة في جميع المستويات التنظيمية تمكن العاملين من تفعيل دورهم واخذ موقعهم في رسم إستراتيجية المنظمة وتنمية مسؤولياتهم تجاهها" (Saunders & Barker, 2001).

4.1.2 مستويات الصحة التنظيمية وكيفية تطويرها.

يعتبر العنصر البشري أهم العناصر الأساسية في المنظمة وهم الأعضاء القياديون والتنفيذيون والتشغيليون وفرق العمل الذين تقوم بينهم علاقات تفاعل في إطار المنظمة التي ينتمون إليها (القريوتي، 2000)، وبناءاً على توفر أو غياب مجالات الصحة التنظيمية في المنظمة فإنه يمكن تحديد مستويات صحة المنظمة Organizational health (levels)، بستة مستويات يمكن تطويرها، يوضحها الشكل رقم (2)، (Laub, 2004).



الشكل رقم (2)

مستويات الصحة التنظيمية وكيفية تطويرها

المصدر: Laub, james, (2004),Organizational Health and Organizational Levels ,OLAG, Indiana Wesleyan University ,P.7.

1. **الصحة التنظيمية المحمومة (Toxic Organizational Health)**، عند هذا المستوى من الصحة التنظيمية فانه لا تحترم قيم الأفراد وليس هنالك فرص لتطويرهم ولا يتم الاستماع إليهم ولا تؤخذ أفكارهم بعين الاعتبار، والقيادة الحقيقية مفقودة عند أي مستوى في المنظمة وهنالك انتهاك لحقوق الأفراد وإساءة لاستعمال السلطة، والأفراد لا يعرفون إلى أين تسير المنظمة والمنظمة يسودها المناخ السياسي، ويتم التركيز فيها على العقاب، والبيئة التنظيمية يسودها عدم الثقة وضعف عميق في ترابط العاملين والمشرفين، والعاملون يشككون ببعضهم البعض وكل يهتم بمصلحته الخاصة والاتصالات كليا مقفلة، وينظر للمنظمة على أنها منظمة بالاسم ومن المستحيل أن تجد فيها تطوير ومحافظة على عاملين منتجين يتمتعون بالصحة لإنجاز التغيرات المطلوبة وتكون الرؤية المستقبلية لهذه المنظمة مشكوك فيها .
2. **الصحة التنظيمية الضعيفة (Poor Organizational Health)** عند هذا المستوى من الصحة يشعر العاملون هنا بعدم احترام قيمهم وانه يتم إستغلال جهودهم دون أن يتم تطويرهم مهنياً أو على الصعيد الشخصي، ومعظم القرارات تتخذ في المستويات العليا، والقيادة هنا (Autocratic) استبدادية

ومفروضة من الأعلى والعاملون لا يشعرون بالتمكين لإحداث التغيير وهنالك عدم وضوح في الأهداف وأسلوب التوجيه عموماً مشوش والعلاقات فردية وفي الغالب لا يوجد تعاون جماعي وبيئة الثقافة التنظيمية تتميز بضعف الترابط والثقة بين العاملين كما أن هنالك نقص في الدافعية والالتزام بالأهداف والاتصالات مغلقة، وينظر للمنظمة هنا على أنها منظمة استبدادية (Autocratic Organization) حيث انه من الصعب أن تجد تطوير ومحافظة على صحة العاملين فيها، كما أن هنالك حاجة للتغيير لكن من الصعب تحقيقها .

3. **الصحة التنظيمية المحدودة (Limited Organizational Health)**، يشعر العاملون هنا بأنهم يتلقون التدريب لزيادة أدائهم من اجل مصلحة المنظمة وليس لتطويرهم الشخصي ويمكن الاستماع لأرائهم ولكن نادراً ما يتم الأخذ بها، والقرارات الهامة تبقى في دائرة المستويات الإدارية العليا في المنظمة، والنمط القيادي هنا أبوي سلبي غالباً ما يكون مشوش والعلاقات تقوم على الفردية وهنالك أجواء من عدم التأكد والأفراد يشعرون باستمرار انه يجب عليهم إثبات ذاتهم وهنا يمكن أن تظهر الضغوط التنظيمية، وينظر للمنظمة على أنها منظمة أبوية بصورة سلبية تتعرض لإجبار العاملين على الإذعان، والتغير هنا مطلوب لكن من الصعب تحقيقه فموقع المنظمة هنا يقودها في حالات الضغوط إلى بيئة تنظيمية استبدادية .

4. **الصحة التنظيمية المتوسطة(Moderate Organizational Health)**، وتتميز أن العاملين يتم تحفيزهم وهنالك اهتمام بمعنوياتهم ، والقيادة هنا أبوية ايجابية غالبا ما تأتي من الإدارة العليا في المنظمة، وهناك تحاور محدود بين القيادة والعاملين والتوجيهات أحيانا تكون مشوشة ويوجد مستوى من العمل الجماعي والتعاون الحقيقي، أما الثقافة التنظيمية للعاملين أحيانا يسودها عدم التأكد والمخاطرة، أما الاتصالات تكون مفتوحة بين مجموعات مختارة من الأفراد، وهذه هي المنظمة الأبوية (Paternalistic Organization) بصورة إيجابية التي تجذب العاملين المحفزين بشكل جيد والتغيير فيها مرغوب لكن يصعب تحقيقه في

جميع الأوقات، وهذه المنظمة في موقع جيد للتحرك نحو تحقيق صحة تنظيمية أفضل مستقبلاً .

5. **الصحة التنظيمية الممتازة (Excellent Organizational Health)**، في هذا المستوى من الصحة التنظيمية أغلب العاملين يشعرون باحترام قيمهم وأغلب القادة والعاملين يستمعون لبعضهم البعض ويتشاركون في صنع واتخاذ القرارات واغلب العاملين يتم تمكينهم من قبل قيادة المنظمة نحو تحقيق الأهداف ويكون العمل الجماعي هو المفضل لدى الأفراد وبيئة الثقافة التنظيمية غالباً ما تسودها أجواء الثقة كما إن الاتصالات مفتوحة بين العاملين وقيادة المنظمة، وهذه هي المنظمة المبادرة الموجهة (Oriented Servant Organization) التي تستقطب المستشارين والعاملين المحفزين الذين يرحبون بالتغيير كعملية مستمرة لمواجهة تحديات المستقبل فالنظرة للمنظمة ايجابية، والتطوير يقودها نحو الصحة التنظيمية المثالية (Hill, 2003).

6. **الصحة التنظيمية المثالية (Optimal Organizational Health)**، في هذا المستوى من الصحة التنظيمية جميع العاملين يشعرون بالاهتمام الكامل لقيمهم ولوجودهم في المنظمة والعلاقة قوية جدا بينهم وبين القيادة ويشاركون في اتخاذ القرارات المهمة والقيادة فاعلة في جميع مستويات المنظمة وتمكن العاملين وتوجههم نحو الأهداف التنظيمية أما الجماعات فإنها تعمل بروح الفريق والثقافة التنظيمية تعبر عن الثقة الكاملة بين العاملين والمشرفين والمدراء التنفيذيين، كما أن الاتصالات فعالة ومفتوحة خلال المنظمة، وهذه هي المنظمة الجاذبة التي تسعى لجذب العاملين المحفزين بمستوى أفضل وعالي جداً وينظر لها على أنها إيجابية جداً ولأبعد الحدود هي منظمة تتمتع بصحة تنظيمية مثالية .

ويمكن تطوير مستوى الصحة التنظيمية في المنظمة وفقا للشكل رقم (2) السابق بثلاث طرق تبعث على النمو والتغير وهي : (Laub, 2004)

1. **تغيير النظرة الاتوقراطية (Autocratic Mindshift)**: في المنظمة (1) والمنظمة (2) هنالك غياب لمجالات الصحة التنظيمية ولهذا القصور الذاتي لا بد

من إحداث التفاعل الايجابي بين قيادة المنظمة والعاملين للحصول على صحة تنظيمية وأداء أفضل .

2. **تغيير النظرة الأبوية(Paternalistic Mindshift):** في المنظمة (3) والمنظمة (4) هنالك مستوى محدود إلى متوسط في توافر مجالات الصحة التنظيمية وهذا يتطلب إعادة النظر في إحداث تغيير تدريجي يرافقه تعاون أكثر من المنظمة وقيادتها مع العاملين لإزالة ظروف عدم التأكد وزيادة مشاركتهم على المستوى التنظيمي .

3. **التغيير الكلي للوصول إلى الصحة التنظيمية المثالية (Optimal Organizational Health):** في المنظمة (5) والمنظمة (6) يكون التغيير المطلوب هو التغيير الجذري في النظرة الاتوقراطية والنظرة الأبوية في المنظمة وطرق التفكير والسلوك وهذا يؤدي إلى توافر مجالات الصحة التنظيمية بشكل مثالي بحيث تصبح المنظمة أقدر وأفضل في تفعيل مواردها واستراتيجيتها .

5.1.2 التطور التاريخي لمدى الاهتمام بالصحة التنظيمية في المدارس الإدارية:

منذ بداية القرن الماضي أصبح هنالك تطور في العلوم والنظريات الإدارية، وزيادة اهتمام في المنظمات وعناصرها التنظيمية من قوى بشرية وموارد مالية ومادية وأنظمة وسياسات وهياكل، هذا الاهتمام هو محاولات جادة من علماء الإدارة ، نحو زيادة فاعلية المنظمات وخلق الصحة التنظيمية فيها ويمكن توضيح ذلك كما يلي :

مدرسة الإدارة العلمية : من اشهر مفكريها (فردريك تايلور) الذي استخدم دراسات الوقت والحركة (Time And Motion Studies) لتحديد أفضل طريقة لأداء العمل، من خلال الاقتصاد بالوقت والجهد، واختصار الحركات غير الضرورية عند القيام بالعمل (ياغي، 1998)، وبعد مجيء هذه المدرسة أصبح هنالك تغيرات مذهلة في كفاءة العمل والإنتاجية وتحققت زيادة ضخمة في إنتاجية العاملين وقد شمل هذا التطور الإيجابي غرف العمليات وعيادات الأسنان في المستشفيات وذلك بفضل تطبيق مبادئ الإدارة العلمية في هذه المواقع ومن مظاهر ذلك التطور انه

بمجرد ما يطلب الجراح مقصاً يوضع هذا المقص على كفه فوراً (ريجيو، 1999) .

مدرسة العلاقات الإنسانية : اهتمت بالصحة التنظيمية من خلال اهتمامها بالقيادة وبالروح المعنوية للعاملين وركزت على الجانب الإنساني وهي تفترض أن هنالك تطابق بين مصلحة الفرد ومصلحة المنظمة ولتحسين الصحة التنظيمية فإن هذه المدرسة على سبيل المثال رأت أن المهمة الأساسية للإدارة في المنظمة هي تحسين الفاعلية التنظيمية وترتيب أوضاع العاملين وإدارتهم وفق نظرية (Y) التي جاء بها (دوغلاس ماكريجور) التي تنظر بايجابية للعاملين في تحقيق أهدافهم وأهداف المنظمة(ماتيسون وايفانسيفش، 1999) .

ولتحسين فاعلية القيادة ظهرت نظرية الشبكة الإدارية (The Managerial Grid Theory) حيث طـــور(Black & Mouton) هذه النظرية وهي تعتمد على عاملين هما (التركيز على الإنتاج والتركيز على الفرد) وأن هنالك عدة أنماط قيادية في المنظمة ولكن أفضلها النمط القيادي (9–9) قيادة الفريق وفيه يتم أنجاز العمل من قبل أعضاء فريق ملتزمين ومتعاقدين من اجل تحقيق الأهداف في إطار علاقات من الثقة والاحترام وهذا هو أسلوب القيادة الأمثل (ياغي، 1998).

المدرسة السلوكية : اهتمت بالصحة التنظيمية في المنظمات من خلال دراسة السلوك الإنساني في محيط العمل واعتبرت أن المنظمة كنظام وكائن حي له أبعاد إنسانية واقتصادية واجتماعية ومن ثم تنظر له نظرة شمولية، ومن أهم نظرياتها:

أ. **نظرية الحاجات الإنسانية (Human Needs): التي جاء بها (ابراهام ماسلو)،** حيث قسم الحاجات الإنسانية إلى خمس مجموعات على شكل سلم أو هرم تصاعدي يبدأ بالحاجات الفسيولوجية ثم الحاجات الأمنية، يليها الحاجات الاجتماعية، ثم حاجات الاحترام والتقدير وينتهي بالحاجات المتعلقة بتحقيق ألذات ويؤكد ماسلو على أن السلوك البشري يتوجه نحو إشباع الحاجة غير المشبعة لذا فان هذه النظرية تفترض نجاح عملية التحفيز يعتمد على قدرة المنظمة في اكتشاف هذه الحاجات وتوجيه المحفزات لإشباعها، (ماتيسون وإيفا نسيفش،1999).

ويمكن تطبيق سلم ماسلو للحاجات من وجهة نظر تنظيمية على الأطباء في المنظمات الصحية وذلك بأن الطبيب يرغب في إشباع حاجاته التنظيمية ويهتم بها وهذه الحاجات هي الدوافع لسلوكه لتحقيق درجة الرضا الوظيفي وتتدرج تبعاً للمستوى الوظيفي الذي يشغله وهي كما يلي:

الحاجات الفسيولوجية: وتنظيمياً تتمثل بحاجة الطبيب إلى توفر (ظروف بيئة العمل المادية من تدفئة وتهوية وأماكن استراحة، ورواتب وغيرها تسهل قيامه بعمله كطبيب.

الحاجات الأمنية: وهي توفر الأمان الوظيفي بالإضافة إلى الأمن المالي الذي يوفر المزايا الإضافية لدفع الرواتب.

الحاجات الاجتماعية: وهي توفير وسائل التوعية والإشراف وان تقوم بين الأطباء أنفسهم والكوادر الأخرى في المستشفى علاقات مهنية طيبة.

حاجات الاحترام والتقدير: وهي أن يحظى الطبيب بمسمى وظيفي وأن يحصل على الجدارة وأن يحظى بتقدير الأطباء والعاملين الآخرين في المستشفى .

حاجات إشباع ألذات: فهي الوصول إلى الإبداعية كأن يكتشف الطبيب مرضاً جديداً أو علاجات جديدة أو أن يصبح الطبيب جراح شائع الصيت.

ب. نظرية النموذج المختلط The Mix Model:التي جاء بها (كرس أرجرس)، حيث أكد أنه لابد من تشخيص الجوانب السلبية في المنظمة والتي تعبر عن مناخ تنظيمي غير صحي وتعديلها لتصبح جوانب إيجابية وذلك من خلال خلق أجواء الثقة بين الأفراد والتخلي عن الإشراف التقليدي لتقوية ما يسمى بالطاقة النفسيـة (Psychological Energy)، وأن من أهم خصائص المنظمة الصحية (Healthy Organization) أن توزع السلطات توزيعاً عادلاً بين أفرادها، وأن ترتبط أجزاء المنظمة ببعضها ارتباطاً عضوياً متكاملاً وأن يتم تحقيق الأهداف بطريقة شمولية وأن يكون لدى المنظمة المقدرة على التأثير في البيئة الداخلية والبيئة الخارجية (القريوتي، 2001).

جـ. نظرية ذات العاملين The Two Factors Theory: التي جاء بها (هيرزبيرغ)، حيث اهتم بالفاعلية الصحية للمنظمة من خلال دراسة عوامل تنظيمية أطلق

عليها مصطلح عوامل الصحة (Hygiene Factors) أو العوامل الوقائية قياساً على الاستخدام الطبي لهذا التعبير بصفته الوقائية والبيئية وهي عوامل تشير إلى بيئة العمل وأن غياب هذه العوامل لا يؤثر على الإنتاجية بينما يؤثر على الرضا الوظيفي وهذه العوامل هي : سياسة المنظمة والإدارة فيها ،أسلوب الإشراف على العمل، ظروف العمل الايجابية عند القيام به، الأجر مقابل العمل، المكانة الوظيفية، الأمن الوظيفي، الحياة الشخصية ،العلاقات الشخصية مع الزملاء(ماتيسون وايفانسيفش ،1999)، وعليه فأن الاهتمام بالعوامل أعلاه من قبل المنظمة هو اهتمام منها بتوفير الصحة التنظيمية لأن ذلك يؤدي إلى تنقية أجواء التنظيم وتوفير بيئة عمل صحية تحقق الرضا الوظيفي للعاملين .

مدرسة النظم: قام علماء الإدارة بتطبيق "نظرية النظم البيولوجية" في مجال الإدارة على المنظمة، والفكرة أن المنظمة تشبه الكائن الحي فهي عبارة عن نظام يتفاعل مع البيئة المحيطة من خلال المدخلات والمخرجات ومن خلال اهتمامها بالبيئة الداخلية والبيئة الخارجية فالتفاعل البيئي الداخلي يقوم على التوازن الديناميكي داخل المنظمة المتمثل بالتعاضد والاتساق بين الأقسام والعاملين أما التفاعل البيئي الخارجي يقوم على اعتبار أن المنظمة نظام مفتوح تأخذ المدخلات من البيئة الخارجية وفي نفس الوقت تصدر المخرجات إلى البيئة الخارجية (ال علي والموسوي،2001)، وبتطبيق ذلك على المنظمات الصحية فإن مدخلات المستشفى من البيئة الخارجية هي الموارد والعناصر البشرية والأموال والتكنولوجيا والتشريعات أما مخرجاتها فهي الخدمات الصحية والعلاجية والوقائية وعندما تستطيع المنظمة تحقيق الفاعلية في التفاعل البيئي داخلياً وخارجياً تكون قادرة على الازدهار والنمو والبقـــــاء والاستمرارية والوصول إلى ما يسمى بالصحة التنظيمية (عارف،2000).

مدرسة اتخاذ القرارات: ومن اشهر روادها (هيربرت سايمون) الذي اعتبر أن الإدارة هي اتخاذ قرارات وأن السلوك الإداري هو نتيجة لعملية اتخاذ قرارات تجري في التنظيم (ياغي،1998) ولتحقيق الصحة التنظيمية في اتخاذ القرارات أكد (سايمون) على الأسلوب العقلاني في اتخاذ القرارات المتمثل في "تحديد المشكلة

محل القرار وجمع المعلومات عنها ثم تحديد البدائل الممكن إتباعها لحلها واختيار أفضل بديل منها" (Umstot ,1984).

المرحلة الإدارية المعاصرة : تتميز المرحلة الحالية والواقعية بضخامة المنظمات وتعدد جنسياتها في ظل التحولات العالمية والتحولات الاقتصادية والالكترونية والاتجاه نحو التخاصية والاهتمام بالعمل الجاد والاهتمام بالعميل واستغلال الفرص لتحقيق الميزة التنافسية، وبالتالي زاد الاهتمام بصحة المنظمات وصحة العاملين فيها وتوسعت النظرة للمنظمة بتشبيهها ككائن حي يجب أن يتم فحص جميع جوانبها الإدارية والتنظيمية والمادية وبالتطبيق العضوي على المنظمة فقد اعتبر كل من، (Saunders & Barker, 2001) أن العمليات التنظيمية هي بمثابة مجرى الدم (Bloodstream) في المنظمة لأنها النشاطات التي تمكن الإنتاج والخدمات من التدفق خلال المنظمة وأن الهيكل التنظيمي هو الهيكل العظمي (Skeleton) الذي يجمع الأفراد معاً ويحدد الأدوار والمسؤوليات وأن الأنظمة هي الجهاز العصبي (Nervous system) المتمثل بالمعلومات السليمة التي تتدفق داخل المنظمة، ولزيادة الصحة التنظيمية في المنظمات يتم التركيز على مدراء الموارد البشرية فيها بأن يعملوا كأطباء لتحديد أعراض الاعتلال الصحي للمنظمة وهي (المشاكل التنظيمية) من خلال عمل فحوصات دورية لنبض المنظمة المتمثل بالأداء السليم لها ولأفرادها (Chaudron, 1995)، ومن مظاهر الاهتمام بصحة المنظمات في الوقت الحاضر ظهور مستشاري الصحة التنظيمية وظهور المكاتب المتخصصة التي تنظم فرق عمل من المتخصصين لإجراء الدراسات لتوفير الظروف المطلوبة لخلق وتعزيز المستويات المثالية للصحة التنظيمية (Hill, 2003) .

6.1.2 أبعاد الصحة التنظيمية Organizational Health Dimensions .

من خلال ما سبق فإنه يمكن القول أن المنظمة التي تتمتع بالصحة التنظيمية هي منظمة وظيفية (Functional)، ولكن المنظمة المعتلة هي منظمة مختلة وظيفياً (Dysfunctional)، وأن هنالك العديد من الأبعاد التي تدل على صحة المنظمة يمكن مناقشة بعضها في السطور التالية ، ولأغراض هذه الدراسة الميدانية فقد تم اعتماد

الأبعاد الإحدى عشرة الأولى لبيان مدى توافرها وبيان أثرها على مصادر ضغوط العمل لدى الأطباء في المستشفيات المبحوثة.

1. وضوح الاهداف (Goals Focus):

الهدف هو " النهاية المرغوبة والتي تعمل المنظمة على تحقيقها، ويعني تحديد الغرض الفريد للمنظمة الذي يميزها عن المنظمات الأخرى " (العلاونة وعبيدات، 120,1999)، وأهداف المنظمة هي سبب وجودها إذ لا وجود للمنظمة إن لم يكن هنالك أهداف تعبر عن شخصيتها ورؤيتها المستقبلية، وبالتطبيق على المنظمات الصحية فإن أهداف المستشفى هي" نصوص تحدد النتائج التي ترغب المنظمة الصحية تحقيقها، حيث توجه مواردها وأنشطتها نحوها، والأهداف تنبثق من رسالة المنظمة الصحية ويجب أن تكون واقعية وقابلة للتطبيق ويمكن قياسها وهي أهداف أساسية لتقديم خدمات صحية، وأهداف ثانوية لتقديم خدمات التعليم والتدريب الصحي والطبي، وأهداف على مستوى الوحدات الوظيفية مثل التمريض والتغذية (نصيرات 2003,).

إن وضوح هدف المنظمة للأفراد العاملين وقبولهم له دلالة على صحة التنظيم ويمكن القول أن الوضع النموذجي لاختيار أهداف المنظمة يتم من خلال المدراء والمرؤوسين وان تكون هذه الأهداف مرغوبة وواضحة (أبو شيخه،2000)، وعليه فإن وضوح الأهداف والمشاركة في تحديدها يؤديان إلى أن تكون هذه الأهداف مؤثرة لأنها تحدد للفرد ما يجب أن يفعله ومقدار الجهد الذي يجب أن يبذله، وقبول الأهداف يؤدي إلى الحصول على أفضل وأعلى النتائج وانفع الفوائد فيكون الفرد أكثر حرصاً على تحقيق الهدف من اجل الحصول على الفائدة المتوقعة وهذا يتطلب وجود ترابط بين أهداف الوحدات الفرعية وأهداف الوحدات الأعلى منها في التسلسل التنظيمي مما يساهم في زيادة فاعلية العاملين في المنظمة ويرفع من الروح المعنوية لديهم ويبعد عنهم القلق والاضطراب في العمل وهذا يعزز بدوره مفهوم الصحة التنظيمية في المنظمة.

2. الثقة التنظيمية (Organizational Trust):

الثقة هي " الشعور بالاطمئنان بأن السلوك متطابق مع التوقعات المؤكدة لإنجاز الأعمال وفقاً لمتطلباتها " (Herting ,2002,4) وللوصول للثقة التنظيمية لا بد من شيوع الصدق والصراحة وهي عوامل الوضوح والمكاشفة والواقعية بين العاملين أنفسهم في المنظمة وبينهم وبين المنظمة، والثقة التنظيمية دائما تعبر عن مستوى التعامل العالي بين الإدارة والعاملين "فكلما كان جو العمل قائم على الصدق والصراحة بين الموظفين والإدارة كلما أدى ذلك إلى خلق مناخ تنظيمي صحي"(عارف,2001)، وإذا شعر العاملون بالثقة فقد يؤدي ذلك إلى شعورهم بالارتياح ،وارتفاع في روحهم المعنوية ورضاهم عن العمل فينعكس ذلك ايجابيا على أدائهم .

3. المعنويات (Morals):

الروح المعنوية: " هي شعور يخلق في الفرد الرغبة والاستعداد الذين يدفعانه نحو الإقبال بحماس للقيام بنشاط لزيادة إنتاجيته ومن مظاهر ارتفاع الروح المعنوية : عدم وجود صراع بين الأفراد في المنظمة، وتماسك أفرادها وقدرتهم على مجابهة الأزمات والمشكلات بشيء من الحزم وقلة حالات التأخر عن الدوام وانخفاض معدلات الشكاوى والتظلمات " (رضوان،1994, 147) والتنظيم الصحي هو الذي تسود بين أفراده علاقات الزمالة والاحترام، والثقة المتبادلة، والعمل بروح الفريق (ال علي والموسوي ،2001) .

ويمكن الاستنتاج مما سبق أن الصحة التنظيمية تتمثل في صحة الروح المعنوية التي يمكن المحافظة عليها من خلال ظروف العمل المادية، وعدالة الأجور، وحسم الخلافات، وتوفير وتعزيز العلاقات الشخصية الدافئة بين العاملين "وكلما كانت الروح المعنوية عند الموظفين مرتفعة كلما أدى ذلك إلى حسن أدائهم مما ينعكس على المناخ التنظيمي الذي يصبح صحياً بصورة أفضل مما لو كانت المعنويات منخفضة " (عارف ،143,2001)

4. التكيف (Adaptation) :

ويعني التكيف " قـدرة المنظمـات علـى إحـداث تغييـر تصـحيحي داخلـي بشكل أسرع من دورة التغيير في البيئة المحيطة " (Akbaba, 1997,7)، ويعتبر التكيف التنظيمي سلوك فردي وممارسة تنظيمية تساعد على تنميـة الإبـداع فـي أماكن العمل (الحراسيس، 2004)، ويمكن القول أن البيئات التنظيمية هـي بيئـات غير مستقرة تتميز بالحركة والديناميكية والمنظمات القادرة على التعامل مع هذه البيئات هي منظمات حيوية (Organic Organizations) ، (القريوتي،2001) ومـن خصائص الصحة التنظيمية في المنظمة التـي تبعـث علـى التكيـف: المرونـة والاتصال الفعال وتبادل المعلومات.

5. تسخير الموارد (Resource Utilization):

التسخير هو " الاستخدام النافع، وهو مصطلح شائع الاستعمال في إدارة الرعاية الصحية ويعرف بأنه " تقدير وفحص كفاءة وملاءمة خدمات العناية الصحية وهو تعبير عن النسبة بين الموارد التي خصصت لإنجاز مهمة أو نشاط والمهمة أو النشاط الإجمالي المنجز" (Ben-Ayed & AL-Abbasi, 2002, 116)، والموارد في المنظمة الصحية تقسم إلى: مصادر بشرية وهم (المدراء والأطباء والممرضين والممرضات والصيدلانيين والفنيين وعمال التدبير المنزلي)، ومصادر مادية وتكنولوجية وهي (المعدات والأدوية والأفلام الإشعاعية وتجهيزات الإيواء والشراب وأجهزة التصوير المغناطيسي وأجهزة التصوير الطبقي والأجهزة فوق الصوتية وأجهزة جراحة القلب المفتوح وأجهزة عمليات التنظير وأجهزة الجراحة الدقيقة)، ومصادر معلوماتية ومنها (التقارير اليومية والبرامج والخطط العملياتيه والتشريعات واللوائح والسياسات الصحية) بالإضافة إلى مصادر مالية وهي المخصصات المالية(ستيفن ،1996)، والصحة التنظيمية في تسخير الموارد تقوم على ضبط استعمالها لتحقيق أهداف المنظمة بشكل فاعل مما يؤدي إلى الشعور بالرضا في العمل دون أن يكون هنالك ضغوط أو غموض في الأدوار .

6. توازن السلطة (Power Equalization) :

توازن السلطة هو: التوزيع العادل لها، وهنالك مصدرين للسلطة في المستشفى الأول هو المصدر الإداري والمتمثل بسلطة إدارية مستمدة من القوانين والأنظمة، والثاني مصدر فني ويتمثل بسلطة مهنية تقوم على الخبرة الفنية والمهنية وتوازن السلطة في المؤسسة الطبية يمكن الطبيب من ممارسة عمله بشكل فاعل وذلك لأن تقديم الخدمة الطبية بواسطة الطبيب للمريض تحتاج إلى سرعة ومرونة وخصوصاً في الحالات الطارئة سيما وأن المعالجة الطبية الطارئة تتعلق بإنقاذ حياة المريض إذ يجب أن يتمتع الطبيب بسلطة متوازية مع المسؤولية الطبية الملقاة على عاتقه (سيف،11,1996).

ولكي يتم تحقيق الصحة التنظيمية في المنظمة الصحية من خلال مؤشر أو بعد السلطة فلا بد أن يتم تحديد كل من السلطتين الإدارية والفنية لكي لا يقع أي خلل أو تداخل بينهما ولا تطغى أي من السلطتين على اختصاصات السلطة الأخرى والصحة التنظيمية تكمن في خلق جو من التجانس في العلاقات بين الهيئات الإدارية والهيئات الطبية لضمان استقرار العمل في المستشفى وبقائه على أفضل وجه والصحة التنظيمية في مؤشر السلطة أن يتمتع الطبيب بسلطة كافية لممارسة عمله الطبي دون الرجوع لمن هو أعلى منه في التنظيم .

7. التماسك (Cohesiveness).

هو "مقدار المشاعر الإيجابية التي يكنها أعضاء المنظمة لبعضهم البعض، ومدى حرصهم ورغبتهم في البقاء والاستمرار فيها، وتتوقف درجة التماسك على قوة تجاذب الأعضاء في الجماعة " (عبد الباقي،160,2001) ونجاح المنظمة يعتمد على العلاقات الصحية (Healthy Relationships) بين الجماعات، وفي المنظمة التي تتمتع بالصحة التنظيمية يحترم الأشخاص بعضهم بعضا ويحرصون على أنفسهم ومنظمتهم وتسودهم علاقات الثقة المتينة ودائماً ويقولون الحقيقة ويلتقون عند هدف منشود ويحافظون على التوازن السليم والصحي بين حياة العمل وحياتهم

خارج العمل، ويتعلمون من الماضي ويخططون للمستقبل مع تركيزهم على المسؤوليات وأولويات العمل اليومية (Boyum, 2004).

ويتمثل التماسك بين أعضاء المنظمة في مجموعة من القوى منها: قوة التفاعل، قوة العلاقات، قوة الاتصال، قوة اتخاذ القرارات، وكل ما يمنح القدرة على الأداء والإنجاز والإنتاج بشكل ناجح (رضوان،1994) ويمكن القول أنه كلما كان هنالك تعاضد وتكاتف مستمر بين العاملين في المنظمة كلما دل ذلك على تماسك وعلاقات عمل قوية تؤدي إلى تحسين الإنتاجية ورفع الروح المعنوية وتحقيق الرضا الوظيفي هنا تتمتع المنظمة بصحة تنظيمية .

8. ملاءمة الاتصالات (Communication Adequacy):

وهي " تعبير عن درجة تداول المعلومات والأفكار بين أعضاء المنظمة من خلال النقاشات والمراسلات والبرامج الإعلامية ولوحات الإعلانات " (Price , 1997) وتعتبر الاتصالات التنظيمية وسيلة بناء علاقات إنسانية داخل المنظمة ومع الأطراف الخارجية ، وتشمل الأنواع التالية : (القريوتي ، 2000)

أ . **الاتصالات الهابطة** (Downward Communication) من مدراء الإدارة العليا في المنظمة إلى العاملين .

ب . **الاتصالات الصاعدة** (Upward Communication) من العاملين إلى الإدارة العليا .

ج . **الاتصالات الأفقية أو الجانبية** (Vertical Communication) بين المستويات الإدارية مثل الأقسام أو الإدارات .

والاتصالات الفعالة هي التي تسير فيها المعلومات خلال شبكة الاتصالات الرسمية وغير الرسمية بدون تشويه أو تحريف ويعتمد ذلك على كيفية فهم الأفراد هذه المعلومات وكيف تستفيد الإدارة من المعلومات لتحقيق أهداف التنظيم ومصلحة العاملين. " و كلما كان الاتصال مستمر وواضح في جميع المستويات أفقيا وعموديا وباتجاهين كلما خلق جو من التفاعل والحركة وهذا يقود إلى خلق جو من المناخ التنظيمي الجيد" (عارف ، 2001).

9. الإبداعية (Innovativeness) :

لقد عرف (الحراسيس، 2004, 36) الإبداع الإداري على أنه "استخدام المهارات الشخصية لدى الفرد في البحث والتحليل لإيجاد أساليب إدارية جديدة أو التوصل إلى حلول إبتكارية لمشكلة تواجه مصلحة التنظيم ومعالجتها "،وعرف (Price ,1997,397) الإبداع في المستشفيات على انه "عملية إيجاد أو تبني أفكار وعمليات وإجراءات وتطبيقات ومعدات جديدة تساعد على إعادة التنظيم والتطور عند تقديم الخدمات "، ويشمل الإبداع في المستشفيات التصنيفات التاليـــة: (Herting, 2002)

أ. **الإبداع التقني** المتمثل باستخدام التقنيات الحديثة من أنظمة حاسوبية ومعدات وطرق علاجية لتطوير العمليات والأنشطة في المستشفيات .

ب. **الإبداع الإداري** ويتمثل في العمليات الإدارية الإبداعية المرتبطة بالهيكل التنظيمي والعلاقات التنظيمية والعضوية في المستشفى والسياسات الإدارية وخطط التوظيف والتغيير .

ج. **الإبداع في مجال القوى البشرية** والمتمثل في التأثير في تغيير الاتجاهات والمهارات والمعتقدات والتوقعات وسلوك العاملين ويرتبط التأثير بسياسات التحفيز والقيادة والعضوية في فرق العمل وعلاقات العاملين .

د. **الإبداعات في الإنتاج أو الخدمات** وتشمل مخرجات المستشفى وهي خدماتها المقدمة للمستفيدين القائمة على برامج المعالجة والحملات الطبية والاهتمام بوحدات العانية الصحية كما هو الاهتمام بالمرضى الخارجين من المستشفى.

والاهتمام بالإبداع يحفز الأفراد في المنظمة ويولد لديهم الشعور نحو البحث عن الجديد الذي يرون فيه مصلحتهم ومصلحة منظمتهم على حد سواء وهذا ما يعمق لديهم الانتماء المؤسسي (القريوتي، 2000) وعليه فانه " كلما كانت الإدارة في المنظمة مهتمة بالكفاءات المتميزة المبدعة وشجعتها فإن من شأن ذلك أن يجعل المناخ التنظيمي صحي وفعال" (عارف،2001) .

10. حل المشكلات (Problem Solving) :

المشكلة هي"عقبة أو صعوبة تواجهها المنظمة أو الفرد في المنظمة عند انتقاله من حالة معينة إلى حالة أخرى أفضل" أما حل المشكلة هـــو عملية تجسيـــر الفجوة بين الحالتين لتحقيق الهدف المطلوب بعد إزالة العقبات والمعـــوقــــات" (ستيفن، 17,1996) وتتمثل المشاكل على مستوى المنظمات في معاناتها من الإنتاجية الفقيرة وانخفاض المعنويات وارتفاع حالات الغياب وهذا ما يعني بأن المنظمة لا تعمل بشكل جيد(Dysfunctional) فيطلق على ذلك أن المنظمة معتلة غير صحية، وتعتبر عملية تحسين صحة المنظمة عملية مستمرة من خلال استراتيجية تشخيص ومعالجة المشكلات المتمثلة في :(تحديد الأعراض الدالة على وجود المشكلة ، وتقييم مدى اتساع وعمق أعراض المشكلة في المنظمة ليتم التركيز على البحث عن المسببات ثم اختيار المعالجات الملائمة لإزالة المشكلة ووضع مقاييس مجردة للتأكد من مستوى صحة المنظمة وذلك بإجراء فحوصات دورية مستمرة للتأكد من صحتها (Chandron, 1995).

وأسلوب حل المشكلات لا بد وان يقوم على البحوث والدراسات ولتحقيق الصحة التنظيمية من خلال حل المشكلات في المنظمة لا بد وان يتوفر مناخ تنظيمي جيد وبيئة عمل سليمة هادئة يساعدان أكثر على التفكير التحليلي والإثارة الفكرية لان بيئة العمل الفاعلة تؤثر إيجابيا على مزاج الأشخاص مما تؤدي إلى فاعلية حل المشاكل ولا بد أن تتبع المنظمة سياسات وإجراءات عمل تساعد في إتاحة الفرصة للفرد لاقتراح حلول للمشكلات التي تحدث في عمله أو منظمتـــه، (ستيفن، 1996).

ومن المؤشرات التي يمكن إن يستفاد منها في حل المشكلات بالأساليب الكمية في المستشفيات "معدل دخول المرضى،معدل إقامة المريض،مراقبـــة المخـــزون الطبي، معدل الوفيات ،فترة الانتظار في العيادات الخارجية ،جودة الخدمة الصحية المقدمة ومدى الرضا عنها،توظيف التقنيات العلمية في اتخـــاذ القـــرارات وحـــل المشكلات لضمان فعالية وكفاءة الأداء (نصيرات،2003).

11. الاستقلالية (Autonomy) :

وتشمل استقلالية المنظمة واستقلالية العاملين فيها، فالاستقلال الذاتي للعامل "يعني إلى أي حد تعطي الوظيفة للعامل الحرية في تقدير توقيت إنجاز الواجبات المرتبطة بعمله وكيفية إنجازها"(ريجيو،1991 ,243)، والاستقلال الذاتي للأطباء يشعرهم بأن عملهم الذي يؤدونه ذو معنى، وتعرف الاستقلالية المهنية للأطباء بأنها "حرية اتخاذ قرارات الرعاية الطبية بدون تدخل أو تأثير خارجي ومن مؤشراتها: القدرة على استخدام إمكانيات المستشفى وحرية التحكم بجدول العمل وعدم تدخل الآخرين في قرارات الرعاية الطبية " (الأحمدي،315,2001).

أما استقلالية المنظمة هي مدى ما تتمتع به من لا مركزية واعتمادها على مصادرها البشرية والمالية والمادية في توفير كل ما يؤدي إلى تحقيق الأهداف، وفي الأردن فإن مستشفيات القطاع الحكومي مسيطر عليها مركزياً من وزارة الصحة ولكن منذ عام 1999 بدأت وزارة الصحة بتطبيق الاستقلالية في مستشفياتها بهدف تدريب الكوادر، وتحسن الأداء وتذليل الصعوبات، وتفويض الصلاحيات لرفع مستوى الخدمات ووضع الموازنات وتامين الأجهزة والمعدات اللازمة وتعديل الهياكل التنظيمية وتوسيع قاعدة تطبيق اللامركزية في المستشفيات(Banks, 2002).

12. مرونة الهيكل التنظيمي (Structure Flexibility):

الهيكل التنظيمي هو"بناء يحدد مستويات الإدارة وخطوط السلطة والمسؤولية في المنظمة، ويجب أن يكون الهيكل التنظيمي مرناً يستوعب المستجدات ويسهم في تشجيع العاملين على الاجتهاد لتطويره وتحسينه وان لا يتعارض مع التنظيمات غير الرسمية بالتالي يكون المناخ التنظيمي مناخ صحي" (عارف،144,2001).

ولزيادة مستوى صحة المنظمات من خلال الهياكل التنظيمية فقد تم تطوير أنواع من الهياكل التنظيمية أطلق عليها نمط المصفوفة التنظيمية (The Matrix Organization) والذي اقترحه (وارن بنس) لتجنب عيوب ومشاكل النمط الهيرركي (القريوتي،2001)، وقد تم تكوين عدد من المصفوفات في المستشفيات ووكالات

العناية بالصحة والمصفوفة التنظيمية تتصف بالمرونة العالية والقدرة على التلاؤم مع الظروف والواجبات والتعاون المتكامل بين الأعضاء (ريجيو، 1999) .

والبناء التنظيمي الجيد في المستشفى يمتاز بأنه يعمل على تحقيق الأهداف بدرجة عالية من الكفاءة والفاعلية ويضمن الاتصال الجيد بين العاملين ويسمح بتقديم أفضل خدمه صحية ويوظف الكفاءات المدربة في جميع المستويات ويحدد المستويات التنظيمية للجهازين الطبي والإداري والوحدات التنظيمية المتدرجة تحت هذه المستويات (سيف،1996).

13. تكنولوجيا العمل Job Technology

التكنولوجيا هي :" المعرفة والأدوات والأساليب والنشاطات المستخدمة في تحويل المدخلات في المنظمة إلى مخرجات ويطلق على ذلك التكنولوجيا التنظيمية (العلاونة وعبيدات،185,1999) وأصبح بالإمكان استخدام وإدخال التقنيات الحديثة إلى المستشفيات ومنها التقنيات المعلوماتية (نظم المعلومات المحو سبة) التي تلبي احتياجات عناصر المستشفى من المعلومات (أدبيس ،2001)، وبتطبيق تكنولوجيا المعلومات في مكاتب وأقسام المستشفيات فإن ذلك يمكن الأطباء من الحصـــول على المعلومات الخاصة بالمريض الذي يعالـــج ويسهل إجراءات طلب التصوير الشعاعي والفحوص المخبرية والأدوية اللازمة ويساعد على حجـــز الآسرة للدخول ويحدد مواعيد العمليات الجراحية التي تجري ويمكن من معرفة حجـــم العمل (Ugur & Ozsoylu, 2002) .

أن استخدام التكنولوجيا في العمل داخل المستشفى يؤدي إلى تكامل العمل داخل المنظمة الصحية وكلما كانت الوسائل التكنولوجية متقدمة وبعيدة عن الرقابة التي من شأنها أن تقلل الإبداع فإنها ستساهم في زيادة النشاط وزيادة البحث الأمر الذي يبعد العاملين عن الاهتمام بالمشاكل الضيقة والشخصية وبالتالي يقود ذلك إلى خلق جو إيجابي للعمل" (عارف،2001).

14. الاهتمام بالإنجاز Achievement interest

الإنجاز هو " مستوى الأداء الذي يقوم به الشخص في المنظمة للقيام بواجبات ومسؤوليات وظيفتــه، ويعتبر أحد الأســس التي لها علاقة بترقيته أو تحفيــزه (أبوشيخة،148,2000)، وإنجاز الأعمال في المستشفيات يسير وفق نظم وإجراءات مشتركة بين جميع الكوادر البشرية فيها من(أطباء وممرضين وإداريين وفنيين وصيادلة) والصحة التنظيمية للإنجاز تكمن في سرعة وسهولة القيام بهذه الإجراءات وتقديمها للمستفيدين لاستكمال تقديــم الخدمة الطبية والعلاجية، ومن هذه الإجراءات، إجراءات التسجيل الجيد للمرضى، سرعة وسهولة الحصول على الملفات الطبية، إجراءات المختصون بالمختبر قبل وبعد وعند إجراء الفحوصات المخبرية، وسرعة الحصول على نتائج الفحوص المخبرية في موعدها المحدد، وسرعة الحصول على صور الأشعة، وكذلك طريقة صرف العلاجات من قبل الصيادلة، وشرح طرق استعمالها للمرضى وفق ما وصفه الطبيب(الحمد والشهيب، 1991)، وإن إعطاء عنصر الجدارة أو الكفاءة أهمية عند النظر إلى ترقية الموظف له تأثير إيجابي في معدلات الإنتاجية والأداء على مستوى الفرد والمنظمة وإن إتباع سياسة الترقية على أساس الكفاءة والأقدمية معاً يلقى الاستحسان من العامليــن في المنظمة وبالتالي الارتقــاء بمستــوى الإنجــاز المتوقع للفــرد (أبو شيخة،2000)، " فإذا كانت الترقية والتقدم في العمل مبنية على مدى الإنجاز الذي يحققه الفرد بعيداً عن معايير الواسطة والمحسوبية فإن ذلك يؤدي إلى خلق مناخ تنظيمي صحي" (عارف، 2001) .

15. الأمن والسلامة المهنية Occupational Security:

ويعني ذلك "ممارسة عدد من الأنشطة بهدف حماية عناصر الإنتاج وفي مقدمتها العنصر البشري في المنظمة من التعرض للحــوادث والإصابات خلال العمل وذلك بإيجاد ظروف مادية ونفسية مناسبة للعاملين لأداء أعمالهم بإنتاجية عالية " (أبو شيخة ،2002, 328) وتتمثل ظروف العمل النفسية بالروح المعنوية للعاملين في المستشفى وما يؤثر فيها من ترتيب مكاني لأقسام المستشفى ونظافة

مرافقه (الحمد والشهيب ،1991) ويمكن بيان توفر السلامة المهنية في العوامل التالية :

الإضاءة الجيدة : التي تكون كافية وثابتة وموزعة توزيعا عادلا في مكان العمل ويرتبط بالإضاءة الألوان المستخدمة فالألوان الفاتحة تساعد على جودة الإضاءة والألوان الصفراء والبرتقالية تخلق بيئة تبعث على الارتياح والاسترخاء لذلك يمكن أن تطلى بها جدران المستشفيات (ال علي والموسوي ،2001).

الحرارة والهواء : الحرارة الجيدة هي الحرارة المعتدلة التي تساعد على إبعاد الملل والإجهاد السريع والهواء النقي يساعد على الارتياح ويجدد النشاط .

الضوضاء: هي الأصوات التي تحدث في أماكن العمل وتقاس الضوضاء الحد بوحدة دولية تعرف باسم (ديسيبل Decibel) وقد اتفق العلماء على أن الأقصى المأمون لشدة الضوضاء هو (75) ديسبيل* (عيسى،53,1999)، والضوضاء المقبولة هي التي لا تؤثر على أداء الأعمال التي تحتاج إلى تركيز وهناك نوع من الضوضاء المحببة مثل الموسيقى (ال علي ،والموسوي،2001)

الإشعاعات: يستخدم في المستشفيات مواد مشعة ومعدات طبية إشعاعية ولتحقيق الأمن المهني والوقاية من خطر هذه المواد والمعدات فلا بد من توفر الأجهزة والمعدات الواقية للعاملين من الإشعاع في الأماكن الإشعاعية وأن يتم تدريب العاملين في مجال الطب الإشعاعي على أساليب الوقاية ووضع برنامج للرصد الإشعاعي سواء للأشخاص أو للأماكن وقد حددت الجرعة الآمنة التي يمكن أن يتعرض لها الشخص على مدار العام بـــ (50) راد ** (الحيارى ،2001) .

---

* الديسيبل :هي أقل درجة صوت يمكن لشخص عادي سماعها (مزاهرة ، 2000 ,89).

** والراد " هو وحدة قياس الأشعة يعادل طاقة مقدارها 10 جول/كغم في أية مادة (مزاهرة،2000 ,87).

7.1.2 الصحة التنظيمية ومفاهيم أخرى.

أولاً: الصحة التنظيمية والمناخ التنظيمي .

ظهر مفهوم المناخ التنظيمي في عام (1951) عندما استخدمه (Lewin) في نظرياته (Lewinian Field Theories) في العلوم الاجتماعية للدلالة على العلاقة بين الأفراد وبيئتهم التي ينتج عنها سلوك، وعبر عنه بالمعادلة (B=P,E) حيث أن (B) تعني السلوك Behavior و(P) تعني الأشخاص Person و(E) تعني البيئة Environment (Denison ,1993) والمناخ التنظيمي Organizational Climateهو"الخصائص المميزة للتنظيم وأفراده من حيث الهيكل التنظيمي، وفلسفة الإدارة العليا، ونمط اتخاذ القرارات ونمط الاتصالات، والعلاقات السائدة بين العاملين وأسلوب تقييم أداء العاملين، ونظم المكافأة والتحفيز وما ينتج عنها من تحديد وتوجيه لأساليب العمل وأداء الأفراد بهدف تحقيق المنظمة لأهدافها (الحسبان، 25,1999)، والمناخ التنظيمي بمعناه المؤسسي أو العضوي (Organic) يضفي صفة التفاعل بين المنظمة وعناصرها وبيئتها الداخلية (القريوتي،2000) وتحليل المناخ التنظيمي للمنظمة هو قياس لمدى صحة إدارتها من خلال معرفة الآراء والانطباعات حيث تعطي فكرة واضحة عن صحتها وتلقي الضوء على نقاط القوة التي يجب تعزيزها ونقاط الضعف التي تحتاج إلى متابعة فالمناخ التنظيمي الصحي يؤدي إلى زيادة الإنتاجية وتحقيق رضا العاملين في المنظمة (محارمة، 1993) وهنالك ترابط قريب جدا بين مفهوم المناخ التنظيمي ومفهوم الصحة التنظيمية الذي جاء به (Mathew, B. Miles) ليحكم به على صحة المنظمة، فالمنظمات التي يقدر بأنها صحية (Healthy Organizations) تعتبر منظمات ذات مناخ مفتوح يقاوم المناخ المغلق (Ochitwa, 2004) وعليه يمكن القول بان الصحة التنظيمية مفهوم اشمل وأوسع من المناخ التنظيمي وان المناخ التنظيمي مؤشر من مؤشرات الصحة التنظيمية وكما أوضح ذلك كل من (Koscec, 2002) و(Browne, 2002) .

ثانياً: الصحة التنظيمية والفاعلية:

لقد عرف (الشماع ،327,2000) **الفاعلية** (Effectiveness)على أنها " قدرة المنظمة على البقاء والتكيف والنمو بغض النظر عن الأهداف التي تحققها"، وبالرجوع إلى (Hill, 2003,27) فقد عرف الصحة التنظيمية وقال بأنها " قدرة المنظمات للعمل بفاعلية والتكيف بشكل ملائم والتغلب على المشكلات على نحو كافي وأن تنمو من الداخل " ، أما (Helms, 2001) ذكر بأن الفاعلية التنظيمية هي تعبير عن عمل كل شيء يمكن تنفيذه بالشكل الصحيح ومن متطلباتها تحقيق مستوى من الرضا الوظيفي يقود إلى الإدارة الجيدة للموارد البشرية وتخفيض دوران العمل، ووجود بيئة تنظيمية مبدعة ومستوى عالي من الثقة والتمكين والمشاركة في اتخاذ القرارات بالإضافة إلى توفر اتصالات جيدة وفرص لتطور وتقدم العاملين .

ويظهر من التعريفات السابقة أن مفهوم الفاعلية ابعد واشمل اتساعاً وامتداداً من تحقيق الأهداف وان المنظمة لابد أن تسعى بكل إمكانياتها لمعالجة ما يقابلها من مشكلات وظواهر بيئية وتكون قادرة على خلق التكيف البيئي لكي تستطيع البقاء والاستمرار في الوجود، ومن هنا يتضح أن الارتباط وثيق بين فاعلية المنظمة والصحة التنظيمية حيث يعتبر البعض أن الصحة التنظيمية تعد مؤشر من مؤشرات الفاعلية التنظيمية وبعد من أبعادها (شلول ،1999) والفاعلية في المستشفيات هي تعبير عن مدى تحقيق المستشفى لأهدافها في تقديم العناية الطبية الجيدة للمرضى وبعض المستشفيات غالبا ما تجعل أهدافها عامة فمثلا الاهتمام الأساسي لمستشفيات الصحة النفسية في مراكز الإصلاح هو إعادة تأهيل النزلاء لذلك فهي توظف مصادرها لإنجاز هذا الهدف (Price, 1997) .

ثالثاً: الصحة التنظيمية والوظائف الإدارية :

الإدارة :هي عملية التنسيق بين جميع عوامل الإنتاج البشرية وغير البشرية باستعمال وظائف التخطيط والتنظيم والقيادة والتوظيف والرقابة حتى يمكن الوصول إلى الهدف المطلوب وبأقصى كفاية ممكنة (المغربي،19,1995) وتتمثل الصحة

التنظيمية في الإدارة الفاعلة، " القادرة على فهم أهداف الفرد التي يسعى إلى تحقيقها والطاقات الكامنة الخلاقة التي يمتلكها فتلبى الأهداف وتحرر الطاقات من مكامنها واستثمارها وتوجيهها لتحقيق أهداف المؤسسة" (شلول، 1999)، "وكلما كانت الإدارة لامركزية كلما تمتع الموظف أو الفرد في المنظمة بالحرية والاستقلالية وينعكس ذلك على جو العمل ويكون المناخ التنظيمي صحياً أكثر" (عارف ،2001)، والديموقراطية الإدارية تسمح بتوفر المناخ الصحي الذي تزدهر فيه أخلاقيات الوظيفة المتمثلة بوفاء كل من المنظمة وإدارتها وأفرادها بواجباتهم اتجاه بعضهم البعض (الشيخلي،1999)، والصحة التنظيمية في الوظائف الإدارية يمكن توضيحها كما يلي:

أ . **الصحة التنظيمية والتخطيط** . التخطيط هو" وظيفة أساسية إدارية في المنظمة وهو الطريق الذي يرسم بصورة مسبقة ليسلكه المسؤولون عن اتخاذ القرارات وتنفيذ العمل" (المغربي،96,1995) والصحة التنظيمية في التخطيط تكمن في أن تكون عملية التخطيط في المنظمة مرنة وواضحة وواقعية كما يتم مشاركة العاملين في وضع وتنفيذ الخطط والتخطيط الجيد هو الذي يساهم في بقاء المنظمة وقدرتها التنافسية لأنه يكشف الأخطاء والانحرافات تفادياً للمشكلات .

ب . **الصحة التنظيمية والتنظيم**. التنظيم وظيفة إدارية تعني: تجميع العناصر البشرية والموارد المتاحة ضمن وحدات ودوائر تنظيمية لتحقيق أهداف المنظمة والتنظيم وظيفة " تعني تحديد خطوط السلطة والمسؤولية والعلاقات بين المرؤوسين بشكل واضح مع تفويض مقدار من السلطة لعناصر التنظيم لكي يتمكنوا من القيام بواجباتهم ومسؤولياتهم" (ياغي ، 1998, 245).

والصحة التنظيمية في التنظيم تكمن بتوفر خصائص جيدة في التنظيم ومنها : أن تشترك أجزاء التنظيم وتساهم بتحقيق الهدف العام الذي هو مبرر وجود التنظيم، وأن يكون الإشراف فعال بحيث يفهم العاملون ما يلزمهم

تفهمه، وأن لا يتلقى الفرد أوامره إلا من رئيس واحد، وإعطاء الفرد سلطة تمكنه من القيام بمسؤولياته (القريوتي، 2001).

ج . **الصحة التنظيمية والقيادة** : القيادة "هي قدرة تأثير شخص ما على الآخرين ولقد أظهرت دراسات علماء الإدارة وعلماء النفس والاجتماع بان هنالك أنماط قيادية وهي: القيادة الاتوقراطية (Autocratic leadership) ، والقيادة الديمقراطية (Democratic Leadership)، والقيادة المتساهلة (Laissez Leadership): (عبدالباقي، 50,2001) وأن أفضل هذه الأنماط هو القيادة الديمقراطية التي تقوم على العلاقات الإنسانية السليمة بين القائد والمرؤوسين .

والصحة التنظيمية في القيادة تكمن في أنه " كلما كان نمط القيادة ديموقراطياً يستمع للآخرين ويشجعهم على طرح أفكارهم ومقترحاتهم فإن ذلك يخلق مناخ تنظيمي صحي ويزيد من ثقة العاملين وروحهم المعنوية مما يؤدي إلى زيادة الانتماء وتحقيق الأهداف" (عارف، 2001).

هـ. **الصحة التنظيمية والتوظيف** : التوظيف "وظيفة إدارية ومن خلالها يتم تزويد المنظمة بالعنصر البشري بعد أنجاز مجموعة من الأنشطة تتمثل بالاستقطاب والاختيار والتعيين (الهيتي، 107,1999).

والصحة التنظيمية في التوظيف أن تدفع عملية الاختيار والتعيين باتجاه وضع الشخص المناسب في المكان المناسب والوظيفة المناسبة لقدراته ومهاراته ومؤهلاته ومعارفه وان يتوفر للفرد الأجر العادل والاستقرار الوظيفي كل ذلك يضمن إنتاجية عالية للفرد عندما يتحقق لديه الرضا عن العمل والسياسات المتبعة فيه.

د . **الصحة التنظيمية والرقابة:** وتشير إلى الرقابة الفاعلة المستمرة التي تعمل على سرعة اكتشاف الأخطاء لتجنبها وسرعة استرجاع المعلومات لمساعدة العاملين في تحسين الأداء ولا بـد أن يكون النظام الرقابي مفهوم للجميـع (البشابشة ،2002)، والصحة التنظيمية في الرقابة تجعلها صمام الأمان ضد الفساد الوظيفي لكي تحصن المناخ التنظيمي ضد إمكانية تفشي الفساد ومن

أنواع الرقابة الجيدة: الرقابة الذاتية أو ما أطلق عليها العلماء فكرة(السايبرنتكس Cybernetics) (القريوتي، 2001).

رابعاً : الصحة التنظيمية ومهام العمل.

العمل: بطبيعته هو "مجموعة من المهام التي يؤديها الفرد العامل سواء كان مديراً أو موظفاً أو عاملاً وكل مهمة تتكون من عدة نشاطات ومتطلبات يؤديها الفرد" (العديلي، 250,1995) ويمكن أن تتوفر الصحة التنظيمية في المنظمة من خلال الاهتمام بالعمل ومهامه وذلك بتحقيق الأمور التالية في العمل: (Reh, 003).

توسيع الوظيفة(Job Enlargement): وهو إضافة مهام جديدة للشخص وذلـــك للقضاء على الروتين الذي يشعر به الفرد من ممارسته لعمل واحد بشـــكل متكـــرر، وتوسيع الوظيفة يعني زيادة حجم الوظيفة " .

إثراء الوظيفة(Job Enrichment): وهو زيادة مسؤولية الفرد عن وظيفته بمنحه حرية العمل وإضافة مسؤوليات وأعمال جديدة إليه، فإثراء الوظيفة يحقق النمو المتكامل للفرد في المنظمة .

تدوير الوظيفة (Job Rotation): وهو نقل الموظف من عمل لأخر وذلك بقصد تقليص احتمالات الملل والضجر والروتين والرتابة وزيادة إمكانية التحفيز من خلال تنوع الواجبات التي يقوم بها الفرد.

8.1.2 استراتيجيات بلورة الصحة التنظيمية:

تتعدد الجهود في تعزيز الصحة التنظيمية في المنظمات من اجل مساعدة العاملين في تحقيق أهدافهم والمنظمات في بقائها واستمرارها (Jaffee, 2003) لذا فإن المنظمات وإدارتها وقيادتها تنتهج العديد من الاستراتيجيات لبلورة الصحة التنظيمية فيها ومن أهمها :

1. **تدريب العاملين :**

والتدريب يشير إلى : " مجهود منظم تقوم به المؤسسات لتسهيل عملية تعليم الأفراد وتذكيرهم ونقل الخبرات والمهارات المرتبطة بالعمل إليهم ضمن برامج تدريبية " (ريجيو، 1999 , 186) ويجب أن تهتم المنظمة الصحية بالتدريب

لتطوير مهارات العاملين فيها باعتبارهم أصول مهمة، وهذا من شأنه أن يعزز ولائهم لها وانتمائهم إليها، ما داموا أنهم يستطيعون تطوير أنفسهم ويحققون ذاتهم، وكلما كانت الإدارة مهتمة بتدريب العاملين فيها وتحسين مستواهم كلما أدى ذلك إلى زيادة كفاءتهم ورفع معنوياتهم مما ينعكس على المناخ التنظيمي في المؤسسة ويؤدي إلى خلق مناخ جيد وخلق تنظيم صحي " (عارف، 2001) .

وفي المنظمات الصحية (المستشفيات) فإن تدريب الأطباء على الأعمال الطبية مهما جداً ومنها الأعمال الأساسية في سنة الامتياز مثل : "شق الفوهة الفرجية ، فتح فوهة في الرغامي ،الختان وكل أنواع الحقن الوريدية ، وإسعاف وتضميد الحروق بالإضافة إلى الإسعافات الأولية "(الفليسي،2000) ، وكذلك التعليم الطبي المستمر للأطباء يجب أن يتم من خلال عقد دورات تدريبية متكررة في الأقسام المتخصصة في المستشفيات (مزاهرة وآخرون،2001).

2. المكافأة والعقاب:

المكافآت هي: " الأساليب والطرق المشجعة التي تتبعها المنظمة أو إدارتها كي يزيد الموظف من إنتاجيته ، وهي مؤثرات خارجية تشجع الإنسان وتحفزه لأداء أفضل " (عارف،2001, 26) ويمكن القول أن الصحة التنظيمية في الحوافز، أن تكون العلاقة إيجابية بين الحافز أو المكافأة التي يحصل عليها الفرد والتي يعتقد انه يستحقها لكي يتشكل هناك قناعة ورضا لدى الفرد ويستمر أدائه نحو الأفضل (الخضرا، 2003)، وعليه فإنه كلما كانت الإدارة في المؤسسة الطبية (المستشفى) ناجحة في تطبيق نظام الحوافز بحيث تلبى حاجات الكوادر البشرية الصحية فيها حتما كلما ساهم ذلك في إيجاد بيئة عمل سليمة تمكن من تحقيق الأهداف المرسومة وتحافظ على الكوادر من عدم هجرتها وتسربها من المستشفى .

أما العقاب فهو" الجزاء أو العقوبة التي تمس الفرد في حياته في مجال العمل ومزاياه التنظيمية وتفرض هذه العقوبة في حالة عدم قيام الفرد بالواجبات المناطة به أو في حالة إهماله بالقيام بهذه الواجبات " (آل علي والموسوي ،2001 , 384) والعقاب في المؤسسات الطبية فان جوهره يتعلق بالمسؤولية الطبية ، والمسؤولية الطبية : "هي التزام الطبيب ومساعديه ببذل أقصى جهده في تقديم العناية الخاصة

للمريض وليس بتحقيق النتيجة لذلك فإن العقاب على الخطأ الذي يرتكبه الطبيب يتمثل في قيام علاقة السببية بين الخطأ والضرر ويسمى الخطأ هنا بالخطأ الطبي والذي يعرف بأنه عدم قيام الطبيب أو إخلاله أو تقصيره بواجب العناية الطبية الذي تفرضه مهنة الطب " (تاج الدين، 1991 , 198) وعليه فإنه "كلما كانت المكافآت مبنية على الإبداع و مدى تقديم الأفكار الجديدة كلما كان الجو والمناخ صحياً وكلما كانت الجزاءات مرهونة بمدى التقيد بالقوانين والأنظمة كلما كان الجو غير صحي(عارف ،2001) وبذلك يمكن تعزيز الصحة التنظيمية في المنظمة .

3. المشاركة في اتخاذ القرار :

" المشاركة في اتخاذ القرار هي إفساح المجال للعاملين في المساهمة في اتخاذ القرارات التنظيمية وتنفيذها لزيادة الفعالية في المنظمات ، ومشاركة المرؤوسين في عملية اتخاذ القرارات تتمثل في قيامهم بجزء أو جانب من صنع القرار"(ماتيسون وايفانسيفش، 1999 , 158)، والمشاركة في اتخاذ القرارات تعني اللامركزية في اتخاذ القرارات التي تتيح للعاملين مجالاً للاجتهاد واقتراح الحلول بدل الاعتماد على الشخص الأول في المؤسسة كمصدر للعلم والخبرة(ال علي والموسوي،2001) .

وأوضح كل من (تاننبام وشمدت) أن مشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات تؤدي إلى بذل المزيد من الجهود الشخصية لتحقيق أهداف المنظمة برفع وتحسين الإنتاج والخدمات المقدمة، وخفض مشاكل العاملين وشكاويهم وتحسين العلاقات بينهم ويصبح لديهم قابلية أكثر لقبول التغيير كما إن مشاركة المرؤوسين تؤدي إلى تحسين نوعية القرارات المتخذة (Umstot, 1984).

وفي المنظمة الصحية (المستشفى)الأطباء هم أهم العناصر البشرية التي تتعامل مع المرضى فمشاركتهم في اتخاذ القرارات تمكنهم وتمكن الآخرين من أخصائيين وممرضين في تقديم العناية المثالية للمريض وتساهم في شعور الأطباء بالرضا الوظيفي (Perkln, 1996).

4. التحسين المستمر للجودة:

تحسين الجودة المستمر يعني "تطوير قدرة المنظمة للوفاء بمتطلبات المستفيد من خدماتها وإنتاجها ، وتلافي لعيوب أدائها وكل مظهر من مظاهر العمل الذي لم

يصل إلى مستوى الرضا عن الخدمة أو المنتج (العمر،2002 , 312)، والجودة في الرعاية الصحية ينظر لها من وجهة نظر المريض على أنها الرعاية الصحية الجيدة التي تلبي حاجاته في المواعيد المحددة، والجودة من وجهة نظر مقدموا الرعاية الصحية أنها امتلاك الخبرة والمهارة والموارد والإمكانيات لتحسين الخدمة أما من وجهة نظر الإداريون في المستشفى فإن الجودة ما هي إلا توفير نظام فعال من الإشراف والمراقبة المالية والقانونية والإدارية بما يتيح توفير احتياجات المرضى وتوزيع الموارد على الأهداف (الحسبان ،1999) ومن أهم مبادئ التحسين المستمر للجودة مبدأ التركيز على العميل والاهتمام برضاه .

ويمكن للمنظمة الصحية أن تطبق التحسين المستمر في نشاطاتها من خلال البدء بمشاريع التحسين في المجال الصحي سواء في الخدمات المساندة مثل : (التدبير المنزلي أو وجبات الطعام)، وخدمات البنية التحتية مثل (تحسين جدولة غرف العمليات، وتبسيط إجراءات دخول المريض للمستشفى) أو خدمات الرعاية الطبية المباشرة مثل : " تخفيض معدل العمليات القيصرية، تخفيض عدوى المستشفيات، وتخفيض معدل رجوع المرضى إلى المستشفى" (الأحمدي ,2000).

5. التطوير والتغيير التنظيمي:

التطوير التنظيمي يعتبر استراتيجية تستهدف السلوك التنظيمي سعياً لزيادة فعالية التنظيم ويستعمل مصطلح صحة التنظيم (Organizational health) كهدف لجهود التطوير التنظيمي وهو مصطلح مجازي يشبه التنظيم في جسم الإنسان الذي يلزم لتحسين صحته الاعتناء بعدة أمور نفسية وجسمية (القريوتي ،2000) أما التغير التنظيمي فهو "جهد شمولي مخطط له يهدف إلى تطوير العاملين عن طريق التأثير على قيمهم ومهاراتهم وتغيير التكنولوجيا المستعملة إضافة إلى الهياكل التنظيمية والعمليات من اجل تحقيق الأهداف التنظيمية (عارف، 129,2000) واستراتيجية التغيير يجب أن توافق بين أهداف التغيير وأهداف الأفراد وان تبذل المنظمة جهودها للتأثير على نشاط الأفراد والجماعات وتوجيه سلوكهم بما يخدم عملية التغيير من خلال تعريف الأفراد بالأهداف والسياسات والبرامج التنظيمية وتوفير المعلومات عنها وإتاحة الفرصة لهم بالمشاركة في تشكيلها بالإضافة إلى

توضيح وتوزيع أدوارهم وحل مشكلاتهم وتقييم أدائهم بموضوعية وعدل (مبيضين،2003).

ويمكن القول انه لبلورة الصحة التنظيمية من خلال استراتيجية التطوير والتغيير التنظيمي على المنظمة أن تخلق بيئة تعليمية ديناميكية لتشجيع النمو والتطوير فالمنظمة التي تتمتع بالصحة التنظيمية هي التي تملك نظرة شاملة لتوقعات أفرادها وتعمل القيادة فيها على مساعدة هؤلاء الأفراد لتحقيق توقعاتهم مما يساعد على تطويرهم .

2.2 ضغوط العمل Job Stress

في المنظمات الحديثة تزداد شكاوى الموظفين والعاملين من الإرهاق النفسي والجسدي، حيث يتعرض الفرد إلى مشاكل وتحديات وفرص متاحة متولدة في بيئة العمل الداخلية أو بيئة العمل المحيطة، وينتج عنها ضغوط وتوترات ويرافقها عدم الاتزان النفسي والجسدي ويصبح هنالك اختلال في أداء الفرد فتنخفض إنتاجية نظراً لاعتلال صحته الجسدية والنفسية فينخرط ذلك على فاعلية المنظمة التي يعمل بها، والعنصر البشري هو أهم عناصر الإنتاج في المنظمة وباختلال صحته تختل صحة المنظمة (ريجيو،1999) وتعتبر مشاكل العمل هي الضواغط (Stressors) التي تكون مصدراً للخطر على صحة الفرد في إحداث الضغوط والتوترات التنظيمية ، " والتوتر التنظيمي: هو ردود الأفعال التي يبديها الفرد في المنظمة نتيجة تعرضه لمثيرات أو عوامل بيئية أو ذاتية لا يكون قادر على التكيف معها بقدراته الفعلية " (السالم، 81,1990).

1.2.2 مفهوم ضغوط العمل:

يعتبر أول من بحث في موضوع الضغوط هو (هانز سيلاي Hans Selye) والذي يعده الكثيرون الأب الروحي لهذا الموضوع حيث ألف كتابه " ضغط الحياة (The Stress of Life) في عام ()1946 وقد عرف (Selye) الضغط على أنه

استجابة جسدية غير محددة لمطلب معين (جربر، 1999 ,3) ، ولقد وردت عدة مفاهيم وتعريفات لضغوط العمل واختلف العلماء والباحثين في تعريفاتهم لها .

فقد عرف (Middlemist & Hitt ,1988,585) الضغوط على أنها " قوى يتعرض لها الشخص وتترك علية اثر نفسياً أو فسيولوجياً " وذكرا أن مهنة الطب من المهن الباعثة على الضغط النفسي ويتعرض الطبيب إلى مخاطر هذه المهنة باستمرار، فالمشكلات الخارجية يمكن أن تتمثل في: أزمة المرور، والمشاكل العائلية والمالية، أما المشكلات داخل الجسد يمكن أن تكون الشعور بالغضب والعصبية وتشنج العضلات واضطراب المعدة " .

اما(Orman , 1991,11) فقد عرف الضغوط على أنها " كلمة ترمز إلى مشكلات وصراعات تحدث داخل وخارج الجسد، وعبر عنها بالمعادلة:

Stress = Problems

وعرف (Perkin, 1996 ,2) ضغوط العمل في المستشفيات على " أنها ما يساهم في الشعور بالاحتراق النفسي لدى الأطباء والممرضين وتكون ناتجة عن عدة عوامل منها، العناية بالمرضى الذين يحتضرون للموت، العناية بالمرضى الــذين لا يرجى شفائهم، عبء العمل الطبي، نقص القدرة على اتخاذ القرار العلاجي، الخوف من الوقوع في الخطأ، التعارض بين متطلبات البيت ومتطلبات العمل وعدم الإيفــاء بهذه المتطلبات" .

وضغوط العمل كما عرفها (عبد الباقي،2001 , 392) ، بأنها " مجموعة من المثيرات التي تتواجد في بيئة عمل الأفراد والتي ينتج عنها مجموعة من ردود الأفعال التي تظهر في سلوك الأفراد في العمل أو في حالتهم النفسية والجسمانية أو في أدائهم لأعمالهم نتيجة تفاعل الأفراد مع بيئة عملهم التي تحتوي على الضغوط ".

2.2.2 نظرية الضغط ومراحلها.

قبل الدخول في بيان أثار الضغوط على الفرد والمنظمة لا بد من معرفة كيفية تشكل الضغط لدى الإنسان وقد وضع هانز سيلاي نظرية الضغط النفسي والتي يمكن تلخيصها وتوضيحها كما يلي: (عبدالله ،2001).

أن التعرض المستمر للضغط النفسي يحدث اضطراب في الجهاز الهرموني من خلال الاستثارة الزائدة للجهاز العصبي وهذه الإضطرابات الهرمونية هي المسؤولة عن الأمراض السيكوسوماتية (Psychosomatic) هي اعتلال النفس والجسد الناتج عن التعرض للضغوط والتوترات الشديدة أما الأعراض المرضية تظهر على ثلاثة مراحل وهي :

أ . المرحلة الأولى: لاستجابة (Response) .

فعندما يتعرض الفرد بشكل مفاجئ لموقف ضاغط فان جسمه يستدعي قواه الدفاعية وتحدث هنالك تغيرات عضوية وكيماوية حيث ترتفع نسبة السكر في الدم ويتسارع النبض ويرتفع الضغط الشرياني ويكون الجسم في حالة تأهب واستنفار كاملين من اجل الدفاع والتكيف مع التهديد .

ب . المرحلة الثانية : المقاومة (Resistance) .

يستمر الموقف الضاغط فتظهر الأعراض الجسدية والنفسية ويكون هنالك عجز في قدرة الفرد على التكيف فيحدث مزيد من الخلل في الإفرازات الهرمونية المسببة للإضطرابات العضوية ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى اضطراب التوازن الداخلي.

ج . المرحلة الثالثة: الإنهاك أو الإعياء (Exhaustion)

أي استنفاذ الطاقة حيث أنه عندما يطول تعرض الفرد للضغوط لمدة طويلة تنهار دفاعاته الهرمونية وتضطرب الغدد وتنقص مقاومة الجسم ويصبح الفرد في حالة عجز كامل عن التكيف .

3.2.2 مصادر ضغوط العمل :

من خلال البحث في الأدبيات وجد بأن للضغوط في أماكن العمل مصادر متعددة ومتعلقة بنواحي كثيرة من حياة الفرد الوظيفية والعائلية ولكثرة هذه الموارد

ولغايات هذه الدراسة فقد تم الاختصار من الموارد نفسها والبحث في الموارد الفردية والتنظيمية والوظيفية والمادية والاجتماعية التالية :

أ. مصادر الضغط الفردية:

(1) مفهوم الذات (Self-concept):

ألذات هي " مجموعة الاتجاهات والقيم والمعتقدات والأفكار والمدركات التي اكتسبها الفرد حول نفسه من خلال خبراته الشخصية الفريدة وهي تدور حول مظهره وقدراته وسلوكه وقيمته الكلية كما يراها هو من خلال تفاعله مع الآخرين "(الخضرا، 72,2003) وتقدير الذات هي" المشاعر السلبية أو الإيجابية حول ألذات والفرد الذي يفقد تقدير ذاته يستجيب للمواقف الضاغطة التي تتطلب نوع من التحدي وعندما يفقد المرء رؤيته لذاته وتصبح رؤيته مشوهه ومهتزة عن نفسه وذاته الحقيقية، يصبح كارهاً لعمله ويعمل وكأنه مجبر عليه، والشخص الذي يمتلك مفهوماً سلبياً لذاته يزداد لديه القلق والاضطراب النفسي. (الخضيري، 1991).

(2) القدرات (Abilities):

تتفاوت قدرات الأفراد في تحمل الأعباء والمهام الصعبة وفي تحمل المسؤوليات في العمل، والتأقلم مع الضغوط فعندما لا يستطيع الفرد التكيف مع سياسات المنظمة يتولد لديه الشعور بالضغط ويظهر ذلك في سلوكه وضعف أدائه في حالة زيادة العمل عن طاقته، (عبدالباقي، 2001).

ويعتبر قصور قدرات الفرد وعدم اتفاقها مع مهام العمل وحاجاته عامل مؤثر على مستوى المعاناة من الضغط فيمكن أن تكون قدرات الفرد اقل من مستوى القدرات المطلوبة لوظيفته ولا تواكب تطور العمل، نتيجة عدم اكتساب الفرد لخبرات جديدة أو أن خبراته السابقة أصبحت متقادمة، كل هذا ينشأ عنها شعور بالإحباط والاستياء من العمل ويؤدي إلى انخفاض الشعور بالانتماء للمؤسسة(عسكر، 1988).

(3) الحالة النفسية والجسمية(Mental & physical Status):

وهي الصحة النفسية والبدنية التي يتمتع بها الفرد فهو إما أن يكون هادئ معتدل متزن نفسياً يستطيع مواجهة الصعوبات والضغوطات وإما أن يكـون مضـطرب نفسياً فلا يستطيع أن يواجه ضغوطات الحياة ويقع فريسة لهـا، وهنالـك تـأثير متبادل بين الحالة النفسية والحالة الجسمية للفرد فتؤثر الحالـة الجسـمانية علـى الحالة النفسية من خلال الأمراض العضوية أما الحالة النفسية فتؤثر فـي الحالـة الجسمانية من خلال الانفعالات والسلوك وعلاقتها بالجهاز العصبي الذي يسـيطر على أجهزة الجسم الأخرى مثل الـدورة الدمويـة، التـنفس، الهضـم، تمـارين العضلات وغيرها (عبد الله، 2001) والانفعالات تتحول مصدر مـن مصـادر الاضطراب في الحياة النفسية للفرد لأنها تسـبب أمـراض: القلـق والاكتئـاب، والوسواس القهري، واضطرابات الهضم والتـنفس، وخفقـان القلـب ،والتـوتر العضـلي، والغضـب لأتفـه الأسـباب، والتفسـير الخـاطئ لتصرفـات الآخريـــــن(إبراهيم، 1997).

(4) نمط الشخصية (Personality Type):

الشخصية: هي" النظام المتكامل من الخصائص المميزة للفرد والعلاقة بين هـذه الخصائص والتي تساعد الفرد على مواءمة نفسه مع الآخريـن والبيئـة مـن حوله " (ماهر،1997)، والشخصية هي" مجمـوع الصـفات العقليـة والخلقيـة والجسمية والمزايا الذاتية التي يتميز بها الشخص عن غيره سلباً أو إيجابـاً وقـد صنف علماء السلوك والطب النفسي شخصـيات الأفـراد إلـى نمـوذجين مـن الشخصية هما :(عبد الباقي،2001)

أ . **نمط الشخصية (أ) Type (A) Behavior Pattern** ومن خصائص صاحب هـذه الشخصية أنه يتصرف بسرعة وينفذ صبره ويحب المنافسة بالعمل وسهل الغضب كما أنه لا يشعر بالراحة في وقت الفراغ وكثيراً ما يحاول أداء مهام عديـدة فـي وقت واحد .

ب. **نمط الشخصية (ب) Type (B) Behavior Pattern** ومن خصائص صاحب هذه الشخصية أنه يتصرف ببطء ويتمتع بالصبر وأنه متعاون ويحب العمل الجماعي ولا يغضب ويتمتع بالهدوء والراحة ويؤدي مهمة واحدة في كل مرة.

وفي منتصف الخمسينيات وضع اثنان من أطباء القلب هما:(**Friedman & Rosenman**) وصفاً لشخصية المرء المهيأة للإصابة بأمراض القلب والشريان التاجي للقلب ووجدوا أن ذلك ينطبق على نمط الشخصية (أ) بينما نمط الشخصية (ب) ينخفض احتمالية أصابتها بأمراض القلب (عبدالله،2001).

(5) الصراع الشخصي Personal Conflict

الصراع الشخصي هو " حالة يمر بها الفرد حين لا يستطيع إرضاء دافعين معاً أو عدة دوافع " (عبدالله ،135,2001) ويعتبر الصراع داخل الفرد نفسه أمر حتمي وذلك لتعدد المؤثرات النفسية والاجتماعية الداخلية عليه وبسبب ما يقوم به من أدوار مختلفة ويمكن أن يحدث الصراع عندما يجد الفرد نفسه أمام خيارين لا يرغب بأي منهما أو أن يكون الشخص راغب في عمل لكن ذلك العمل غير مضمون النتائج (القريوتي، 2000) ، وفي المنظمة الصحية (المستشفى) يعاني الأطباء من الصراع أثناء معالجة حالة مريض غير مشجعة عند تشخيصها وطريقة إعطاء العلاج للمريض وكيفية إخباره عن أن الأمل في شفائه يكاد يكون في حكم المستحيل ،وتعتبر وحدات العناية الحثيثة (Intensive Care Unit) من أهم المناطق المشكلة للضغوط وذلك لما يحدث فيها من صراعات وأحداث مؤلمة كالموت المفاجئ أو الموت البطيء (Molly & Moosert, 1998).

ب . مصادر الضغوط التنظيمية

(1) الهيكل التنظيمي (Organizational Structure):

الهيكل التنظيمي يمثل الإطار العام الذي يتفاعل في نطاقه كافة الموجودات داخل المنظمة وأهمها العنصر البشري، وتأتي الضغوط الناجمة عن الهيكل التنظيمي من خلال عدة أسباب من أهمها : (الخضيري، 1991).

أ . جمود الهيكل التنظيمي وعدم مرونته في التكيف مع المتغيرات يحدث عنه انفصام بين الفرد ووظيفته وطموحاته وينتج عنه معدل دوران عالي في العمل.

ب . عدم قدرة الهيكل التنظيمي على توضيح الاختصاصات تؤدي إلى زعزعة الثقة وعدم رضا العاملين فتتولد الازدواجية والتداخل والتعارض الأمر الذي يتشكل عنها ضغوط عمل .

أن الهيكل التنظيمي الذي لا يتناسب مع أهداف التنظيم ولا يوفر الاتصال البناء والتفاعل بين أجزائه يكون مصدراً للضغط ومن الملاحظ أن الهيكل التنظيمي الهرمي تكون خطوط السلطة والاتصال فيه أطول من الهيكل التنظيمي المسطح، بالتالي يمكن أن يكون التنظيمي الهرمي أكثر إحداث للضغط من الهيكل التنظيمي المسطح" (عسكر، 1988)، والهيكل التنظيمي في المستشفيات يضم نسقين هما: النسق الإداري والنسق الطبي فيحدث بين أقسام الهيكل التنظيمي صراع، فأقسام النسق الإداري ينظرون إلى أن المستشفى منظمة يجب إدارتها من خلال ميزانية وحسابات وأقسام النسق الطبي يرون أن إدارة المستشفى تحكمها معايير الخدمة الإنسانية وأخلاقيات العمل الطبي (سيف، 1996).

(2) الرواتب والأجور والحوافز (Salaries & Wages & Incentives)

ترى نظرية العدالة في التوزيع (Distributive Justice Theory) أن ما يؤدي إلى رضا الموظف ويدفعه للعمل هو شعوره بدرجة من العدل في مكان العمل عندما يقارن مكافآته التي حصل عليها بجهوده التي بذلها ومقارنة ذلك مع زميله الذي يوازيه، فإذا شعر الموظف بعدم المساواة وعدم العدالة فيكون ذلك مصدراً للانفعال والاضطراب ويؤدي إلى توترات وشعور بالاغتراب داخل بيئة العمل(الخضرا،2003) .

وعندما تكون الرواتب والأجور ضعيفة في المنظمة ونظام الحوافز غير فاعل فإن ذلك ينمي داخل الفرد شعوراً بالإحباط وعدم الرغبة في بذل الجهد (العطيوي،2004).

(3) تقييم الأداء(Performance Appraisal):

تعتبر عملية تقييم الأداء إحدى مصادر الضغط الداخلية في المنظمة وتنتج من سياساتها التنظيمية عندما يدرك الأفراد بأنها غير ملائمة وغير عادلة (Umstot, 1984) وتؤثر عملية تقييم الأداء في الأفراد وتسبب لهم بعض الضغوط وذلك لأن سياسات تقييم الأداء ينتج عنها بعض القرارات غير المحبذة تكون مصيرية بالنسبة إلى الفرد ومنها :الفصل من العمل في حالة عدم الكفاءة وتأخير الترقية في حالة التقاعس أو الاقتطاع والحسم من الدخل الشهري في حالة الإهمال والتقصير (العديلي ،1995) .

(4) التكنولوجيا (The New Technology):

إن استخدام التكنولوجيا وأساليبها يتطلب من الأفراد أن يكونوا ذوي مهارة وقدرة على استخدامها إلا أن بعض من هؤلاء الأفراد خبرتهم ضئيلة جدا في استخدام التكنولوجيا سيما وأنهم اعتادوا العمل بطرق تقليدية فهم بين معرفتهم التقليدية ومتطلب التكنولوجيا يكونون تحت تأثير الضغط التكنولوجي حيث يتطلب التطور التكنولوجي التجديد في العمل ولكن جماعات الضغط وأصحاب المصالح يؤثرون على بقية الأفراد لمواجهة التغيير ومقاومته فيقع هؤلاء الأفراد فريسة للتوتر والقلق والتذمر وإذا لم يعالج هذا الضغط سيتحول إلى صراع وتخريب وتدمير للعاملين والمنظمة (الخضيري، 1991) .

والتغيرات التكنولوجية تساهم وتزيد في الضغوط على العاملين في المستشفى والتغير السريع في النظام العلاجي والتطور في الإجراءات الجديدة والتجهيزات الطبية تحبط الهيئة الطبية (أطباء، ممرضين ،فنيين) عندما لا يعطوا التدريب الكافي والوقت الكافي للتأقلم مع التغيرات التي تحدث في أنماط عملهم (Molly& Moosert, 1998) .

(5) أهداف المنظمة (Organization Goals):

تعبر الأهداف عن علاقة تبادلية بين الأفراد والمنظمات وهذا يتطلب فهماً واضحاً لها من قبل الأفراد والمنظمات ولكن عدم وضوح الأهداف يؤدي إلى خلل في أداء الأدوار مما ينتج عنها ضغوط عمل (Quick & Quick, 1984)

موثق في (العديلي، 1995)، ويمكن أن تكون أهداف المنظمة إحـدى المـوارد التنظيمية لإحداث الضغوط سيما عندما لا تكون محددة بشكل دقيق وصحيح كما إن صعوبة تحقيق بعض الأهداف يشكل عائقا أمام العاملين مما يؤدي إلى تدني مستوى الإنجاز وبالتالي يشكل ذلك عنصراً للضغوط على العاملين (العطيـوي 2004).

(6) المشاركة في اتخاذ القرار (Decision Taking Involvement):

يمكن أن تكون سياسة المنظمة مقيدة للحرية فلا تعطي الفرد فرصة المشاركة في اتخاذ القرار أو إبداء الرأي أو أن سياستها تعطـي الفـرد فرصـة قليلـة للمشاركة وعندما لا يشارك الفرد في اتخاذ القرار يشعر انه مهمل خصوصاً إذا كان القرار يمس حدث هام يرتبط بوظيفته أو خصوصياته وهذا يشعره بعجـز وزيادة في المعاناة من الضغط التنظيمي، وتشير (الأحمـدي،2001) إلـى أن للأطباء في القطاع الحكومي رغبة في التأثير في مجريات الأمور في المستشفى من خلال المشاركة في اتخاذ القرارات ولكن الفرصة غير متاحة لهـم لتحقيـق ذلك بالشكل المطلوب، وتعزي ذلك إلى عدم الثقة بين الأطباء والمديرين أو عدم الانسجام بين أخلاقيات مهنة الطب وسياسات المنظمة وبالتالي فان عـدم قـدرة الأطباء على المشاركة في اتخاذ القرارات تعتبر عامل ضاغط ولربما تـدفعهم إلى ترك العمل .

ج. مصادر الضغط المادية

(1) الضوضاء(Noise) :

الضوضاء هي :" عبارة عن أصوات مرتفعة وضجيج يؤدي إلى إزعاج السمع" (فريحات وآخرون،126,2001) وقد توصلت وكالة حماية البيئة الأمريكية في عام (1974) إلى أن الضوضاء تؤثر سلبيا على الأداء إذا تجاوزت (90) ديسيبل فتزيد من أخطاء العمل، والضوضاء المفاجأة الشديدة جداً مثل الانفجارات أعلى من (140) ديسبيل تؤدي إلى سكته قلبية عند مرضى القلب (ريجيو،1999).

ومصدر الضوضاء في المستشفيات يمكن أن يكون خارجي وذلك بقربها من أماكن مزعجة مثل طرق المرور، ويمكن أن يكون داخلي كالضجيج في مختبرات صناعة الأسنان من أجهزة طرد الفقاعات الهوائية أثناء صب الأسنان، وجهاز الضاغط الهوائي الذي يخزن الهواء إلى أجهزة التنظيف والحفر والصب والتشذيب (جمعة،2000).

أما الأضرار الصحية السلبية للضوضاء فهي : الإضطرابات السمعية وضعف التركيز، الإضطرابات النفسية الفسيولوجية حيث يصبح الإنسان في حالة توتر ويسبب له ذلك الإرهاق الذهني والعصبي والعضلي والشعور بالاكتئاب والقلق والضيق الشديد وهذه تجعل الإنسان عصبي المزاج سريع الغضب لأتفه الأسبـــاب (عيسى،1997).

(2) الإضاءة(Illumination):

لا بد أن تكون نسبة الإضاءة مناسبة لكي يستطيع الفرد أن يؤدي عمله بالشكل المطلوب دون حوادث أو انزعاج، وفي المنظمة الصحية (المستشفى) وعلى سبيل المثال بالنسبة للإضاءة في عام 1984 حدد معهد خدمات البناء الهندسي مستوى الإضاءة المناسب للقيام بالواجب داخل غرفة العمليات في المستشفى بمستوى من " 10,000 إلى 50,000 Lux "* (ريجيو،1999)، وتؤدي شدة الإضاءة أو نقصها إلى تشكيل الضغط لدى الفرد فضعف الإضاءة يؤدي إلى اتساع حدقة العين وارتخاء العضلات المتصلة بالعدسة أما شدة الإضاءة فتؤثر على الجهاز العصبي فيؤدي ذلك إلى سرعة الشعور بالتعب والإجهاد ونقص القدرة على أداء العمل الذهني والشعور بالدوخة والزغللة والصداع في مؤخرة الرأس (البكري وآخرون ، 2001) .

(3) الحرارة (Temperature):

تؤثر درجة الحرارة في مكان العمل على العاملين عندما تكون درجتها متباينة أي أن تكون درجة الحرارة أعلى من درجة حرارة الجسم أو أنها أيضا منخفضة إلى اقل من درجة حرارة الجسم وفي الظروف العادية تتراوح درجة حرارة جسم

* LX=LUX: وتعني كل وحدة إضاءة Lumens على المتر المربع. (الخضرا ، 2003).

الإنسان الطبيعية ما بين (36.5 ° م – 37.8 ° م) وقد وجد أن أفضل درجة حرارة لبيئة العمل هي (22) درجة مئوية (البكري وآخرون،2001) .

وهنالك علاقة بين درجة الحرارة ودرجة الرطوبة فإذا لم تتناسب درجة الحرارة مع نسبة الرطوبة فإن ذلك يؤدي إلى اضطراب فسيولوجي في الجسم وان أفضل نسبة رطوبة مع درجة الحرارة في مكان العمل هي من(50–40%)، وإن انخفاضها عن (30%) يسبب شعور الإنسان بالإرهاق السريع والتعـــب (مزاهرة ،2000).

ويرى آخرون أن اختلاف درجة الحرارة تشكل ضغطا بسبب تأثيراتها الفسيولوجية والسيكولوجية وكما يلي :(فريحات وآخرون ، 2001)

أ . ارتفاع درجة الحرارة تؤدي بالفرد إلى الشعور بالضيق وسهولة الإثارة العصبية ونقص القدرة على الإنتاج ونقص القدرة على التركيز الذهني.

ب . انخفاض درجة الحرارة (البرودة) تؤدي إلى الإصابة بالبرد القارص والصقيع بالتالي يقل نشاط الفرد في العمل .

(4) التجهيزات (Equipments):

وهي الأجهزة والمعدات والمهمات المستخدمة في مكاتب وأماكن العمل فيمكن أن تكون هذه التجهيزات مصدراً للضغط على الشخص المسؤول عن إنجاز الوظيفة أو العمل، وفي المنظمات الطبية (المستشفيات) وعلى سبيل المثال فانه يستخدم الكثير من الاجهزة والمعدات في غرف التصوير الإشعاعي والمختبرات الأخرى فالتعرض المهني والتصوير بالأشعة في مجال الطب والتعرض لأشعة اكس التي تستخدم في التشخيص والعلاج تؤثر على الخلايا الجنسية فتؤدي إلى العقم أو العجز البدني لا سيما إذا كان مقدار الجرعة التي تعرض لها الشخص (300–200) راد (فريحات،2001) كل هذا يشكل خطورة صحية ينتج عنها ضغوط نفسية لأنها مصدر قلق للكثير من الأمور الحيوية لدى الإنسان(مزاهرة ،2000) .

(5) الأمن والسلامة المهنية Occupational Safety and Security

عند الحديث عن الأمن والسلامة المهنية كمصدر من مصادر ضغوط العمل يعنـــي الحديث عن أخطار بيئة العمل ولفهم الأخطار في بيئة العمل من الضروري فحص مصادر الأخطار وهذه المصادر هي :"ظروف بيئة العمـــل ، خطـــأ التفاعـــل بـــين

الإنسان والآلة ،الإنسان نفسه وميوله إلى المغامرة وسلوكه المتأثر بالإرهاق أو الضغط" (ريجيو ، 1999).

ويعتبر الأمن و السلامة المهنية مصدر من مصادر الضغوط عندما يتعلق ذلك بالحوادث والإصابات التي يمكن أن تحدث مع الفرد أثناء تأديته لعمله وفي المنظمات الصحية المستشفيات فإن من مخاطر مهنة الطب عدوى الطبيب والممرض أثناء فحصهم لمرضى مصابون بأمراض معدية في ظل الافتقار لاحتياطيات السلامة والصحة المهنية مما يشعرهم بالخوف والانزعاج من هذه الحالات (اللوزي والحنيطي،2000).

د. مصادر الضغط الوظيفية .

(1) غموض الدور (Role Ambiguity):

الدور هو "النشاط أو مجموعة الأنشطة التي يتوجب على الفرد في المنصب أو الوظيفة القيام بها وكل منصب في التنظيم يرتبط بمناصب أخرى وتصبح هنالك علاقات بين أدوار الموظفين في مختلف المناصب وغموض الدور هو شعور الفرد بصعوبة العمل الذي يؤديه بسبب عدم فهم الفرد لأبعاد وجوانب عمله وعدم توفر المعلومات التي يحتاجها عن العمل (ماتيسون وايفانسيفش ، 1999) .

وفي بعض المستشفيات يتكون الفريق الطبي المعالج من الطبيب والممرض والاختصاصي الاجتماعي ولكل منهم دور يقوم به فالطبيب دوره يختص في المعالجة الحكمية للمرضى، أما الممرض فدوره مساعدة الطبيب إجرائياً والاهتمام بالمريض أما الاختصاصي الاجتماعي، فدوره يتمثل في إعادة التوافق النفسي والاجتماعي الذي فقده المريض نتيجة لظروف مرضه ولكن هذا الدور الأخير يمارسه أحياناً هيئة التمريض في بعض المستشفيات مما ينتج عن ذلك غموض وعدم وضوح في أدوار الفريق الطبي المعالج لذلك يظهر غموض في الأدوار هذا التداخل يكون مصدراً للشعور بالإحباط وعدم التقدير ويصل الحد إلى أن يفقد الشخص وظيفته وبالتالي فإن غموض أدوار المهن الطبية يمكن أن يكون مصدراً من مصادر ضغوط العمل (القرني ،2003).

(2) صراع الدور(Role Conflict):

صراع الدور هو تعارض التوقعات المرتبطة بالدور وينشأ عنــدما يواجــه الفرد العديد من طلبات العمل المتناقضة أو عندما يقوم بأشياء لا يرغب أصلا عملها أو لا يعتقد أنها جزء من عمله (الحوامدة، 41,2001) وهنالك حالات من تعــارض الأدوار في داخل المنظمات مع ادوار أخرى تطلب من الفرد خارج العمل وتــرتبط هذه الأدوار رغم تعارضها مع قيم الأشخاص فينتج عنها ضغوط كثيرة جداً تــؤدي بالأشخاص إلى التأخر أو التغيب عن العمــل أو تركــه (Middelmist & Hitt, 1988) ويظهر صراع الدور إذا كان هنالك تعارض بين متطلبات الدور مما يؤدي إلى صراع داخلي حاد لدى الفرد وزيادة التوتر (عسكر،1988) .

(3) عبء العمل (Work Overload):

عبء العمل هو : " كمية ونوعية العمل المطلوبتين من الفرد للقيــام بهمــا وإنجازهما في وقت محدد والعبء الكمي (عمل كثيرا جداً) أما العبء النوعي هو (عمل معقد) ولكن عبء العمل النوعي يخلق ضغوط أكثر من عبء العمل الكمي منها الشعور بالإحبــاط وعــدم المتعــة فــي العمــل " (Middlemist & Hitt 1988,205,) وتعتبر وظائف الطبيب الاختصاصــي أو الطبيــب الجــراح مــن الوظائف التي تولد ضغوطاً ناتجة عن عبء العمل الذي تتضمنه هذه الوظائف فهي من المهام التي تشكل تهديداً لصحة الأطبــاء (Moorhead & Griffin , 1989)، ويتمثل عبء العمل في شكلين: (عسكر ،1988).

أ . **زيادة عبء العمل** :أي أن مهام وظيفة الفرد ومتطلبات عمله تكون فوق طاقتــه وتحمله، مما يؤدي إلى الإرهاق الجسماني والنفسي وينتج عنها توتر في العمــل وعدم رضا وتأثيرات صحية ونفسية.

ب . **انخفاض عبء العمل** : أي أن يكون لدى الفرد عمل قليل أو أن عمله غير كافي لاستيعاب طاقاته وقدراته واهتماماته مما يؤدي إلى الشعور بالملل وزيادة وقــت الفراغ .

(4) **نوع العمل (Task):**

يتصل نوع العمل بأنواع المهن والوظائف التي يقوم بها الفرد وهناك الكثير من المهن والوظائف تكون مصدراً للضغط مثل مهن وأعمال: "المدراء والمشرفين والسكرتاريا والطب والتمريض والعاملين في المراقبة الجوية وان أنواع المهن تختلف في مستوى الضغط الذي ينتج عن ممارستها فكلما ارتفع مستوى المهنة كلما تعرضت لضغطٍ أكثر " (جربر، 1999) وقد يتطلب نوع العمل سرعة عالية جداً أو تركيز ذهني لفترات،فالعمل المرهق مصدر أساسي من مصادر الضغط ،وعندما يتطلب العمل زيادة في التخصص فإن ذلك يشكل صعوبة أكثر للعاملين في الارتقاء للمراكز الأعلى وفي المستشفى الوظائف المتخصصة تكون ضاغطة أكثر وتساهم في إحداث الإصابات المهنية مثل ألام الظهر(Molly & Moosert, 1998) وطبيعة العمل في بعض الأماكن في المستشفى تسبب ضغوطا للأطباء والعاملين الآخرين كما هو الحال في وحدة معالجة الحروق (Burn Unit) وهي مكان يسبب ضغوطاً نفسية ناتجة عن المعاناة عند الغيار على الحروق والجروح، والتعب الفسيولوجي الناتج عن رفع وحمل المرض ثقيلي الوزن(Cozens ,2004)

(5) **المستقبل الوظيفي أو التقدم المهني (Career Development):**

يشير المستقبل الوظيفي إلى استمرار تقدم الفرد في الوظيفة في المنظمة أو عدم استمراره، والمستقبل الوظيفي يتعلق بتطور الفرد والوظيفة أو عكس ذلك، لذا تعتبر عوائق المستقبل الوظيفي احد المصادر المشكلة لضغوط العمل على الأفراد ومنها الافتقار لفرص النمو والتقدم (عسكر ،1988) وبعض المهن تحتاج من العاملين بها الاستمرار لفترة طويلة حتى يمكنهم تأمين مهنة مستقرة لذا فهم يغيرون ويبدلون أماكن عملهم بغية إيجاد عمل مناسب مستقر يتطورون وينمون فيه، غير أن ذلك التغيير يترتب عليه ضغوط نفسية كما أن بعض المنظمات لا تمنح الموظف مهنة مستقرة حتى يمضي في العمل بها فترة طويلة وهذا يسبب لبعضهم ضغطاً وعدم ارتياح (العديلي ،1995).

(6) المسؤولية عن الآخرين (Responsibility for Others):

هنالك نوعين من المسؤولية ملقاة على عاتق الفرد أثنـــاء ممارســـة دوره فـــي المنظمة مسؤولية نحو الأفراد ومسؤولية نحو الأشياء ومن الملاحـــظ فـــي الواقـــع العملي انه كلما زادت مسؤولية الفرد عن العاملين في المنظمة وانخفضت في الوقت نفسه مسؤوليته عن الأشياء ازدادت لديه حالات التوتر وانعكســـت مباشـــرة علـــى صحته (السالم، 1990)، وفي المنظمات الصحية تعتبر مسؤولية الطبيب مســـؤولية شخصية عن المرضى وليست نيابية عن المستشفى ويتحتم عليه عمل كل مـــا فـــي وسعه للمريض ومن ذلك توفير العلاج الذي يعتبر عمل من سلسلة أعمال الأطبـــاء في التعامل مع المرض وأحياناً لا يجدي العلاج نفعاً في معالجـــة أمـــراض الحيـــاة فيؤدي ذلك إلى أن يصاب الطبيب بالضغط والإحباط (Edwaed, 2002).

هـــ . مصادر الضغوط الاجتماعية .

(1) الأسرة (Family):

يتعرض الإنسان وهو يعيش في حياته الأسرية إلى أحداث سلبية تشكل عوامل ضاغطة تزيد من جروح الحياة لديه وتغير اتجاهاته وعواطفه وسلوكه ومن هذه الأحداث سوء العلاقة الزوجية وصعوبة تربية الأطفال، والالتزامات المالية الإجبارية فاضطراب الحياة الزوجية وزيادة الصراع العائلي وتناقص الرضا العائلي يؤدي إلى ارتفاع شعور الفرد بالضغوط من جانب العائلة والتي تؤدي إلى شعوره بالتوتر في أثناء تأديته لعمله (Orman , 1991) وقد تبين من دراسات أجريت بان أهم الأحداث المسببة للضغوط في حياة الفرد الأسرية والتي تسببت في مشاكل مرضية في السنة اللاحقة من حدوثها هي وفاة الزوج أو الزوجة، الطلاق أو الانفصال الزوجي موت احد أفراد العائلة (جربر، 1999) .

(2) الأصدقاء (Friends):

عند انخراط الفرد في العمل في منظمة ما فانه يضيف إلى سجله الشخصي أناس جدد يكون قد تعرف عليهم وشكل معهم علاقات اتصال جماعي ويمكن أن يكون هؤلاء الأشخاص عاملون داخل المنظمة أو من جمهور المتعاملين مع المنظمة

وتتقارب وجهات النظر بينه وبينهم ويكون مستوى الانسجام الذي حصل بينهم عالٍ فتتطور العلاقة بينهم إلى درجة الصداقة الحميمة وبالتالي فإن الأحداث التي تحدث في حياة هؤلاء الأصدقاء لا سيما الأحداث المحزنة لا تلبث أن تكون مصدراً لتوليد الضغط لدى ذلك الشخص لأنه يشعر بشعورهم ويحزن لتألمهم ومن ذلك فان وفاة صديق عزيز وقريب للفرد يكون مصدراً لتشكيل الضغوط عليه . (Middlemist &Hitt ,1988)

(3) العلاقات التبادلية (Exchange Relationships):

عند توتر العلاقات بين الأفراد في العمل تصبح هذه العلاقات المتوترة مصدراً للضغط وهنالك ثلاث أنواع من العلاقات تساهم كمصدر للضغط عند عدم إدارتها بشكل مناسب وهي " العلاقة مع الرئيس إذا كانت قائمة على تسلط الرئيس على المرؤوس وتفرده في اتخاذ القرار فإن لذلك آثر سلبي يزيد من التوتر لدى المرؤوسين، والعلاقة مع المرؤوسين إذا كانت قائمة على عدم التعاون فإن هذه العلاقة السلبية تؤدي إلى شعور الرئيس بالإحباط والانفعال النفسي أما العلاقة الثالثة علاقة زملاء العمل إذا غاب فيها الدعم والمؤازرة الاجتماعية للفرد فإنه سيشعر بالوحدة ويصاب بالضغط" (Orman , 1991).

وفي المنظمات الصحية يحتاج العمل في أقسام الطوارئ في المستشفيات إلى يقظة وانتباه أثناء العمل وطوال ساعات العمل اليومية وهذا يؤدي إلى إرهاق الجهاز العصبي بصورة كبيرة فإذا كانت العلاقات التبادلية لا سيما بين زملاء العمل ليست ودية وليس هنالك انسجام اجتماعي في قسم الطوارئ وبسبب صعوبة العمل فان الأجسام تفرز هرمونات الضغط النفسية ويرتفع ضغط الدم ونظراً لعدم دفء العلاقات فان العاملون في أقسام الطوارئ أكثر تعرضاً للإصابة بأمراض القلب ويميلون إلى الانعزالية أو قد ينشأ عن ذلك صراعات في العلاقات الشخصية بين كل من الأطباء والممرضين والمشرفين (شيشاني، 2000).

(4) المرضى وذويهم (Patients & Their Relatives):

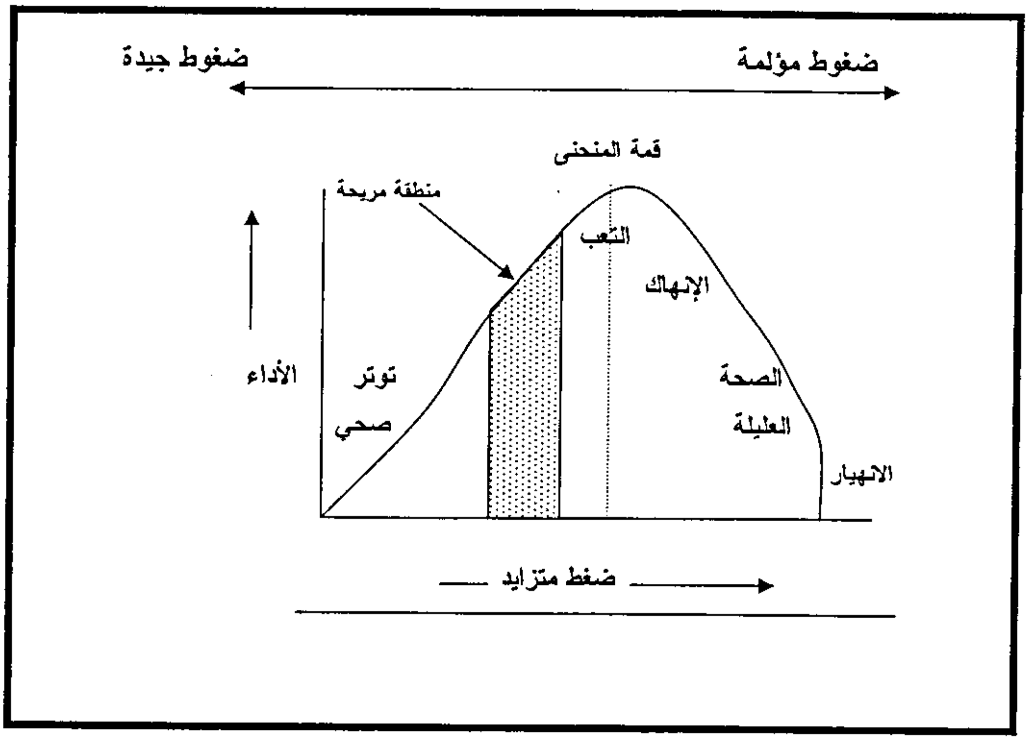
تتطلب مهنة الطب أن يتعامل الطبيب مع المرضى وذوبهم عند معالجة الحالات المرضية وأحيانا يكون التفاعل والسلوك بين المرضى والأطباء مبني على ثقافة

توصف بالغضب واللوم وعقدة الذنب والخوف والإحباط وعدم الثقة وعند حدوث أخطاء في العناية الطبية تكون ردة فعل الأشخاص تصعيد عقوبة الخطأ مما يشكل ذلك ضغطاً لدى الأطباء (Cozens , 2004).

4.2.2 العلاقة بين الضغط والأداء (Stress and Performance):

الضغوط يمكن أن تكون جيدة وتسمى(ضغوط حسنة Eustress) عندما تساعد على الأداء بشكل أفضل ويمكن أن تكون سيئة وتسمى (ضغوط مؤلمة Destress)عندما تكون سببا للقلق والمرض (Moorhead & Griffin, 1989) وتأتي العلاقة بين الضغط والأداء كما يوضحها الشكل رقم (3) حيث انه بزيادة مستوى الضغط فإنه يصبح هناك طاقة وحافزية نحو الأداء حيث تستدعي الحاجة إلى مقدار من الضغوط للعمل بشكل جيد (توتر صحي Healthy Tension) وهذا ما يطلق عليه (الضغوط الحسنة Eustress) فتكون الضغوط مريحة لتوازنها مع الأداء حتى وصولها إلى أعلى المنحنى ،بعد ذلك أية زيادة في الضغوط تؤدي إلى انخفاض الأداء لأن الشخص هنا يصل إلى درجة الإجهاد والتعب (Fatigue) فيبدأ أدائه بالتراجع مما يسبب له الإنهاك (Exhaustion) ويصبح معتل الصحة(Ill health) مما يؤدي به إلى الانهيار وتوقف أدائه (Posen, 1995).

ويلاحظ من خلال الإطلاع على الشكل رقم (3) انه عندما يكون مستوى الضغط منخفض يكون الفرد في حالة فتور وركود وسأم غير مبال فإن مستوى الأداء لذلك الفرد يكون منخفض ولكن بازدياد مستوى الضغط يصبح هنالك استجابة معقولة يتولد عنها طاقة وحافزيه نحو الأداء حيث يزداد الأداء إلى أن يصل أقصى مستوى ممكن وفي هذه الحالة يكون مستوى الضغط والتوتر معتدلاً ومستوى الأداء عالي جداً ولكن بزيادة مستوى الضغط فإن الفرد سوف يستسلم للعوامل الضاغطة عندها يصبح في حالة قلق واضطراب وتوتر شديد ما يلبث أن ينهار الفرد مما يؤدي إلى انخفاض مستوى أداءه.



الشكل رقم (3)

منحنى علاقة الأداء الفردي بالضغوط

المصدر: Posen, David, (1995), Stress Management for Patient and Physician, Tri-University ,Florida, p7.

5.2.2 تأثير الضغوط على الفرد

1. الآثار الفسيولوجية .

إن للضغوط أثار جسدية تظهر على الفرد الذي يعاني من الضغوط ، وينتج عنها ردود أفعال، فالتعرض للضغوط يؤدي إلى توتر الأعصاب السلبي، فيستجيب جسم الإنسان لمواجهة هذا التوتر بإفراز هرمونات (الأدرينالين والكريتزول)، فتزداد سرعة نبضات القلب ويرتفع ضغط الدم، ويرافق ذلك تغيرات جسدية، فيبدو الإنسان شاحباً يشعر بالخوف، وتتشنج عضلات وجهه ويزداد تعرق جسمه ويفقد الإنسان الحيوية والحماس ، ويتسم بالعصبية والتهكم والرغبة في العزلة والحساسية المفرطة، ويكون الإنسان عرضة للإصابة بأمراض المعدة والصداع (شيبس،

2000) والشكل رقم(4) يوضح ذلك، كما ويعتبر الضغط واحد من العوامل المحتملة المسؤولة عن التشكل المرضي للورم السرطاني، ومنها سرطان الثدي عند النساء، وخاصة أن النساء في البلدان المتقدمة والنامية تقوم بمسؤوليات مضاعفة في العمل والبيت، لذلك فهن معرضات بإفراط لحالات الضغط والتوتر (Kataibeh,2001).

2. **الآثار السلوكية.**

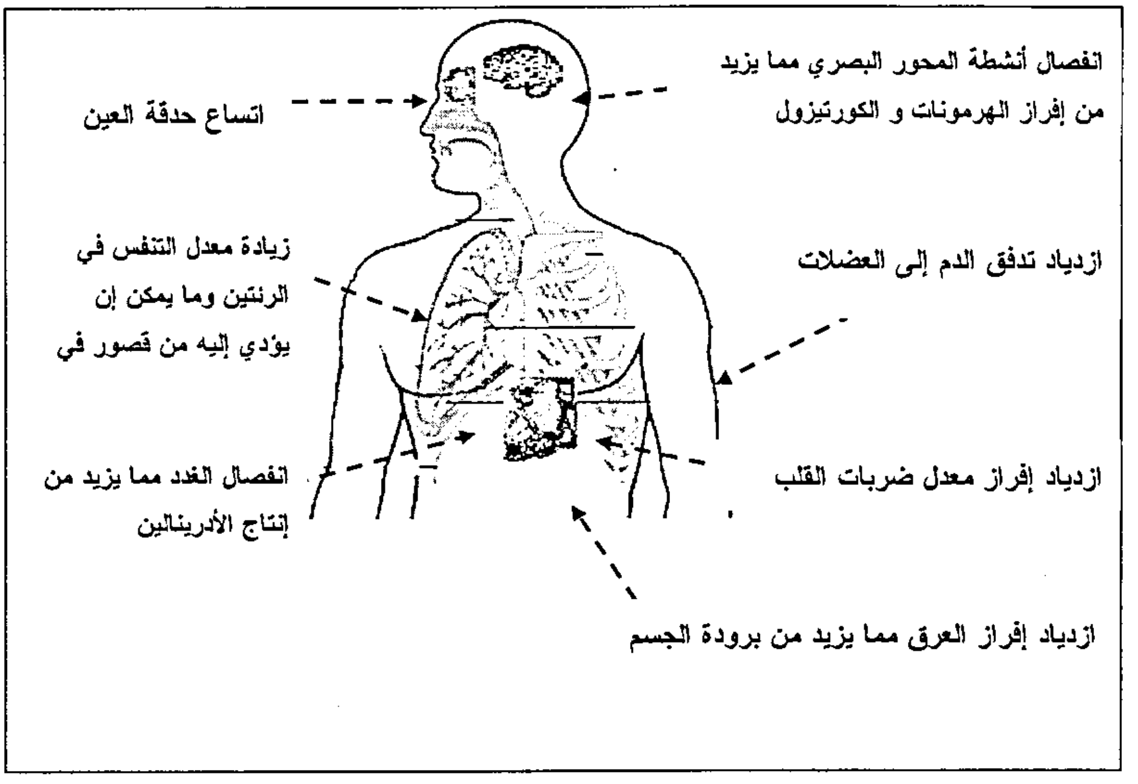
وتتمثل النتائج السلوكية لضغوط العمل في :

أ. **انخفاض فعالية وكفاءة الفرد:** بسبب تغير نشاطه وأدائه وفشله في الاتصال مع الآخرين وانسحابه الاجتماعي (CMHS, 2003).

ب. **التدخين والإدمان:** إن ازدياد حدة ضغوط العمل تؤدي إلى الإفراط في التدخين والإدمان على الكحول وازدياد تعاطي المخدرات مثل (المرغوانا، والكوكائين) والحبوب المخدرة (العديلي،1995) حيث تبين أن واحد من كل خمس أطباء في وحدات العناية الحثيثة في مستشفيات شمال بريطانيا يتعاطى الكحول والتدخين ويستخدم الحبوب للمساعدة على النوم وذلك بسبب الضغوط التي يواجهها في مكان عمله (Coomber ,2002).

جـ .**اضطراب الشهية والوزن** . تؤثر الضغوط في اختلاف عادات الأكل والشرب من حيث الرغبة في الأكل فهي إما أن تؤدي إلى فقدان الشهية أو زيادة الشهوة في الأكل وبالتالي يحدث هنالك اضطراب في وزن الفرد يزداد أو ينخفض، (العطيوي، 2004).

د. **الميل للعدوانية والعنف** والانفجار بالغضب والمخالفات (CMHS, 2003).



الشكل رقم (4)

أعضاء الجسم التي تتأثر بالضغوط

المصدر: كندرسلي، دورلنغ ،(2001)، الحد من ضغوط العمل، مكتبة لبنان، بيروت، ط1، ص7.

3. **الآثار المعرفية.**

يكون للضغوط تأثير سلبي على إدراك وتفكير الأفراد وقدراتهم الفكرية والذهنية ومن أهم الآثار المعرفية للضغوطات تشويش وضعف في الذاكرة والارتباك والبطء في التفكير، ومحدودية الانتباه وضعف في التركيز، وفقدان الموضوعية وعدم المقدرة من التوقف عن التفكير في المشكلة(CMHS, 2003) ويجدر الإشارة إلى أن للضغوط تأثير فكري على الأطباء إذ أن عدد من أطباء يعملون في وحدات العناية الحثيثة في مستشفيات شمال بريطانيا تأتيهم الأفكار بالانتحار(Suicidal Ideas) بسبب الضغوط التي تحدث في أماكن عملهم . (Coomber, 2002)

4. **الآثار النفسية.**

عند مواجهة الأفراد لضغوط عالية تظهر عليهم الكثير من الإضرابات النفسية وهذه الاختلالات تشير إلى وقوع آثار الضغوط عليهم ومنها :

أ . **القلق (Anxiety)** : وهو حالة عاطفية تنشأ من شيء يهدد الفرد، ومن أعراض القلق : الأرق والرعب والذعر، وكذلك اضطراب النوم مما يؤثر على المزاج والأداء (العديلي،1995).

ب .**الاحتراق النفسي (Burnout)**: وهو حالة الاستنزاف الجسدي والنفسي الناتجة عن ظروف العمل التي ينتج عنها الإحباطات وانخفاض المعنويات وانخفاض الإنتاجية والانسحاب العاطفي وتزداد لدى الأشخاص المصابين بأمراض القلب وأعراض الاحتراق النفسي الفسيولوجية والسيكولوجية فالأعراض الفسيولوجية تتمثل في " الصداع، والتوتر العضلي، والمشاكل المعدوية، وانخفاض الوزن، والأرق والإرهاق"، أما الأعراض السيكولوجية تتمثل في " الإحباط والقلق والنفسي واليأس والطباع الحادة والكآبة والغضب" (Perkin, 1996,1).

ج . **الإحباط (Frustration)** : شعور بالفشل وخيبة الأمل التي تنتاب الفرد عندما تواجهه عقبات أو حواجز تحول بينه وبين تحقيق أهدافه التي يسعى إليها (ريجيو، 291,1999).

د . **التعب (Exhaustion)** : أو الإعياء أو الإنهاك وهو نقص القدرة على أداء العمل بسبب أداء عمل سابق ، فيكون الإنسان عرضة للانفعال بسهولة وإذا استخدم الإنسان العقاقير المنشطة مع استمرار التعب يحدث له إرهاق جسمي ونفسي ومن أعراض التعب : الكسل ،التثاؤب، التقاعس، (رضوان، 1994) .

هـ. **الملل (Boring)** : هو حالة نفسية تنشأ من مزاولة الفرد لعمل لا يميل إليه أو ليس لديه دافع قوي لمزاولته وبالنتيجة فإن الفرد يحس بالملل من استمراره في مثل هذا العمل مهما كانت فترة الاستمرار قصيرة ويؤدي الملل إلى هبوط إنتاجية الفرد كماً ونوعاً وتتأثر صحته النفسية التي باعتلالها تنخفض روحه المعنوية وتقل دافعيته ويمكن أن يتعرض لحوادث وأخطاء في العمل (آل علي والموسوي ،143,2001) .

5. **الآثار الاجتماعية:**

يمكن أن تؤدي الضغوط إلى التفكك الأسري والعائلي وتعزى معدلات الطلاق المرتفعة في الغرب بالدرجة الأولى إلى الزيادة الكبيرة في معدل الضغوط في محيط العمل وخصوصاً في حالةِ عمل كل من الزوج والزوجة طوال الوقت (كندرسلي، 2001).

6.2.2 أثار الضغوط على المنظمة

تعتبر الضغوط (Stress) والصراعات (Conflicts) من أهم مشكلات انهيار المنظمات لأنها تؤدي إلى قرارات ذات نوعية منخفضة وعدم التعاون، مما يطلق عليه التراجع التنظيمي وهو حالة من انخفاض أداء التنظيم في موارده البشرية والمادية والتنظيمية (الرواشدة ،2004) ومن أثار الضغوط الأخرى على المنظمة : " ارتفاع معدلات الغياب والتنقلات ودوران العمل وترك العمل من قبل الأفراد المصابين أو الذين يتعرضون للضغوط " (Middlemist &Hitt, 1988, 210)، كما تؤدي الضغوط إلى " تدهور العلاقات التنظيمية داخل المنظمة وازدياد حوادث العمل والمرض واهتزاز مكانتها وسمعتها بالإضافة إلى استشراء ظاهرة التوتر السلبي وهيمنتها على سلوك عدد كبير من الأفراد وتؤدي إلى زيادة التكاليف والأعباء التي تتحملها المنظمة بسبب كثرة الإصابات والتعويضات والانسحاب من العمل(العديلي ،1995) مما يقود إلى تحطيم كفاءة المنظمة وتدهور إنتاجيتها.

7.2.2 أثار الضغوط على المجتمع

إن آثار الضغوط لا تقف عند حد المنظمة والأفراد فيها بل تتعداهم إلى التأثير السلبي على المجتمع بصفة عامة(العطيوي ،2004) فالمجتمع يتكون من الأفراد والمنظمات وكما للضغوط تأثير على الأفراد والمنظمات فإن لها تأثير على المجتمع الذي يعيش فيه الأفراد وتنشأ فيه المنظمات، ومن هذه الآثار: تحمل المجتمع تكاليف الخدمات في معالجة الضغوط مثل التكاليف المالية للرعاية الصحية التي تقدم للذين أصابتهم الضغوط بالمرض، والرواتب التي تقدم في حالة التقاعد المبكر لمن أصيبوا بسبب تلك الضغوط وإعانات العجز لإصابات العمل بسبب الضغوط أيضاً " (كندرسلي ,2001).

8.2.2 إدارة ضغوط العمل Job Stress Management

ترتبط الضغوط بما فيها ضغوط العمل بالأحداث اليومية سواء كانت مصادر هذه الضغوط خارجية أو داخلية، وفي الحديث عن موضوع معالجة الضغوط لا يعني التخلص منها أو استبعادها من الحياة لأن ذلك لا يمكن بسبب تغير الأحداث وتغير السلوك الإنساني أيضا ولكن الحديث عن ضغوط العمل يعني التعايش الإيجابي مع هذه الضغوط ومعالجة نتائجها السلبية من خلال تعلم طرق التعامل مع الضغوط (إبراهيم، 1997) وقد تعددت الآراء في طرق معالجة الضغوط وفيما يلي أهم الأساليب المتبعة من قبل الأفراد أو المنظمات لإدارة ضغوط العمل:

أ. الأساليب الفردية لإدارة الضغوط Individual Coping Strategies

تتعدد الأساليب الفردية في إدارة ومعالجة الضغوط ومن أهمها:

1. **المعالجة الطبية** : يمكن للفرد أن يلجأ لمعالجة الضغوط التي يعاني منها في بيئة العمل من خلال استخدام الأدوية والعقاقير العلاجية أو اللجوء للأطباء النفسانيين (عبدالباقي، 2001) حيث أن الأدوية تؤدي إلى السيطرة على توتر الفرد أما الطبيب النفسي يستخدم العلاج النفسي فيزيد من فهم الإنسان لنفسه وذاته ويخفف عليه من حدة الضغوط.
2. **الاسترخاء Relaxation** : وهو الجلوس الهادي المريح والتفكير أو الدعاء مع التقاط النفس والاسترخاء يمكن أن يكون راحة عقلية تامة من خلال الاسترخاء العام للجسم أو الاسترخاء من خلال التسبيح وقراءة القران والصلاة(ماهر،1997)
3. **التمارين البدنية ومنها ممارسة الرياضة والتدليك**، فالرياضة تعمل على تمدد ومرونة العضلات والتدليك وسيلة مساعدة للاسترخاء الجسدي والذهني وهو نشاط يتم بواسطة شخصين على شكل لمسات بشرية لإعادة الحيوية والنشاط في الجسم المتعب وخصوصاً لأولئك الذين يجلسون أمام شاشات الكمبيوتر أو الذين يمارسون الأعمال التي قد تؤدي إلى تقلص عضلات الكتفين والرقبة والأرجل والقدمين فالتدليك يزيل الشد العضلي ويسكن الآلام التي تسببها الحركة المتكررة (CMHS, 2003).

4. **المتنفس العاطفي.** إن الأفراد الذين يعيشون في عالم شديد الجدية والانهماك في الوظيفة لابد وأنهم سوف يعانون من العزلة وعدم الاندماج مما يسبب لهم الضغط النفسي والمعنوي المحبط ولكي يخرجوا من هذه العزلة ويتغلبوا على ذلك النوع من الضغط لا بد لهم من تبادل الأحاديث الودية المفرحة وتناول الأخبار بين الأهل والأصدقاء وزملاء العمل فيمكن بذلك القضاء على التوتر كما إن لتبادل الطرائف والضحك اثر شفائي في تخفيف الضغط من خلال روح المداعبة والمرح والفكاهة والمتعة (Quick &Quick,1984) موثق في (العديلي ،1995) .

5 . **تناول الغذاء المناسب** : يعتبر نظام الغذاء المتوازن جزءاً حيوياً من أي برنامج لخفض معدلات الضغوط، والغذاء المتوازن هو ذلك النوع من الأطعمة التي لا تؤدي إلى السمنة أو التخمة وفي نفس الوقت لا تكون سبب في ضعف الحالة الصحية، والعناصر الأساسية للغذاء الصحي تتكون من جرعات صحية من الفيتامينات والمعادن ووجبة (كربوهيدرات) بنسبة(55%) من وجبة الغذاء و (البروتينات الحيوانية والنباتية) وبنسبة لا تزيد عن (30 %)من الدهون (كندرسلي ، 2001) وكذلك التقليل أو التوقف عن الاستمرار في تناول المواد المنبهة (Caffeine) مثل الشاي والقهوة والشوكلاته والكولا يؤدي إلى الشعور بالراحة، وانخفاض العصبية، والنوم المريح واستعادة الحيوية وبالتالي التخلص من الضغوط (Posen ,1995) .

6. **إدارة نمط الحياة : أي** تحقيق التوازن في حياة وسلوك الفرد سواء كان في عمله أو منزله أو بين أصدقائه وزملائه فيعطي العمل حقه ويستمتع بوقت راحته في بيته ويرتب طريق اتصاله بزملائه وأقرانه فعندما يكون نمط الحياة الفردية للشخص متوازناً فإنه يمكن الوقاية من الضغوط والسيطرة عليها (Quick & Quick, 1997) موثق في (CMHS ,2003) .

7. **الدعم والمؤازرة الاجتماعية:** ويعبر عن تعاون العاملين في المنظمة في بناء العلاقات البينشخصية الهادفة المبنية على الالتزام الأخلاقي والإنساني والثقة

المتبادلة والتواصل والتحاور البناء بالإضافة إلى الدعم والمؤازرة في القيام بالمسؤولية (Orman ,1991)

ب . إدارة الضغوط من جهة المنظمة **Organizational Coping Strategies**

ومن أولويات الصحة التنظيمية عند معالجة ضغوط العمل على مستوى المنظمة أن تهتم بالمجالات التالية :

1. **الاهتمام بالجوانب التنظيمية** . يمكن للمنظمة أن تستخدم طرق لعلاج ضغوط العمل المتواجدة في بيئة عملها من خلال تطوير الهيكل التنظيمي لها وتعديل سياساتها المرتبطة به والاهتمام بالعنصر البشري ومعرفة مسببات الضغوط التي يتعرض لها أفرادها والعمل على إزالتها وإعداد برامج تدريسية عن الضغوط والاهتمام بطرق ووسائل تنظيم العلاقة بين إدارة المنشأة والعاملين فيها (عبد الباقي ، 2001) .
2. **الممارسات الإدارية الجيدة** . والمنظمات تمنع أو تعالج ضغوط العمل من خلال ممارسة بعض السياسات المتمثلة في التطبيق الجيد لمبادئ الإدارة والتنظيم وتصمم الوظائف بشكل يجعلها ذات معنى وأهمية وإتاحة المجال للمشاركة في اتخاذ القرارات بالإضافة إلى أنشطة علاجية في مناخ العمل مثل تعيين مستشار نفسي واجتماعي للعمل، وتخصيص حجرات لممارسة التمارين الرياضية (ماهر، 1997)، هذه السياسات والممارسات من قبل المنظمة تشجع الانضباط الإداري والوظيفي داخل المنظمة وتقلل من الروتينية في العمل وتحث الفرد على الإنجاز لأنها تكون قد عملت على إزالة ضغوط العمل
3. **الاهتمام بالأدوار الوظيفية** . من خلال العمل على توضيح ووصف وتعريف ادوار العاملين، وتحديد إجراءاتها ومستوى أولوياتها، وتحقيق الانسجام فيما بينها وكذلك انسجامها مع توقعات العاملين (CMHS, 2003)
4. **الاهتمام بظروف العمل المادية** . كما يمكن للمنظمة أن تعمل على معالجة ضغوط العمل من خلال الاهتمام بظروف العمل المادية ومنها:

أ. توفير إضاءة كافية في مكان العمل بحيث يستطيع الإنسان العمل براحة تامة، واختيار مكان العمل بعيداً عن مصادر الضوضاء والإزعاج الخارجية، بالإضافة إلى الحد من مصادر الضوضاء والإزعاج الداخلية من أجهزة والآلات من خلال الاعتماد وعلى " أجهزة متطورة ذات الصوت المنخفض أو وضع الأجهزة التي تصدر الصوت في كبائن مغلقة وتوفير وسائل وأجهزة تحافظ على درجة حرارة مكان العمل، (جمعه ، 196,2000) .

ب. الاهتمام بالأمن والسلامة المهنية في بيئة العمل من خلال توفير وسائل وتجهيزات الوقاية من حوادث العمل سواء كانت هذه الحوادث خارجية أو حوادث على الأجزاء الداخلية من الجسم ومن هذه الوسائل الوقائية : ملابس وأحذية عمل، كمامات، غطاء للرأس ، نظارات (فريحات وآخرون،2001)، وفي المستشفيات لا بد من حفظ المواد المشعة المستخدمة في التشخيص والعلاج في خزائن محصنة محكمة الرقابة عليها بالإضافة إلى الإشراف الصحي المستمر على المعرضين في عملهم للإشعاعات (الحياري ،2001) .

3.2 أثر الصحة التنظيمية في الحد من مصادر ضغوط العمل .

تسعى المنظمات للاهتمام بمستقبلها الصحي في ظل عالم المخاطرة والأمراض التنظيمية وتحقيقاً لذلك تتوجه نحو الصحة التنظيمية كمنهجية تعطي الفرص لاستثمار كامل طاقات الموارد البشرية في المنظمة وكشف الغموض عن مسببات مشاكل الصحة التنظيمية التي تؤثر على إنتاجية وأداء المنظمات والعاملين فيها (Hilton, 1997)، والصحة التنظيمية تعتمد بعمق على صحة وسعادة العاملين (McHugh, 2001)، ومن أهم مؤشرات عدم صحة العاملين في المنظمات: دوران العمل (Turnover)، الغياب (Absence)، الضعف وعدم المقدرة (Disability)، المغادرات المرضية (Medical leave)، والتكاليف الصحية (Health costs)، ومن خلال هذه المؤشرات يمكن التعرف إلى أداء الأفراد والمنظمات (Wolff, 2003) والصحة التنظيمية الفاعلة تعتني بصحة الأفراد النفسية والجسدية ليكونوا عاملين أصحاء (Healthy Employees)، ويتمتعون

بالرضا الوظيفي (Hammond & Koscec, 2004) والرضا الوظيفي العالي يسهم بتحسين صحة العاملين الجسمية والجسدية ونوعية الحياة داخل بيئة العمل وخارجها ويؤدي إلى أداء أفضل في حين أن عدم الرضا يسهم في التغيب عن العمل وكثرة مغادرات العمل والتأخر عنه ودوران العمل ويتولد عنه مناخ تنظيمي غير صحي يضر بالصحة الجسمية والنفسية للعاملين(الخضرا،2003).

ويعتبر التغيب المزمن عن العمل وضعف الإنتاجية عواقب لضعف الاهتمام بالظروف الصحية للعاملين فيزيد ذلك من الضعف وعدم المقدرة وزيادة الإنفاق والتكاليف الصحية (Hilton, 1997) هذا من شأنه أن يؤثر على مقدرة المنظمات في تحقيق أهدافها فإذا كان العاملين غير متواجدين في العمل لن يساهموا في أداء المنظمة وإذا كانوا في العمل ولكن ليس بنسبة إنتاج 100% فإن أداء المنظمة سوف يعاني (Wolff, 2003).

٦٢٢٤٤٨

وتؤثر الصحة التنظيمية على مصادر ضغوط العمل وتساهم في الحد منها فعندما تعمل المنظمة على وضع برامج تعزيزية سليمة وتتبع سياسات ايجابية واضحة فإنها تساعد العاملين على مراقبة صحتهم النفسية ومستويات الضغوط والصراعات الناجمة في أماكن العمل مما يؤدي إلى إزالة الضغوط السلبية وتحويل الضغوط الايجابية إلى طاقات أدائية عالية (Jaffee, 2003) وعلى سبيل المثال لا الحصر يمكن مناقشة اثر الصحة التنظيمية في الحد من مصادر ضغوط العمل من خلال المجالات التالية :

صحة الإدارة يمكنها أن تحد من ضغوط وتوترات العمل حيث أن التوترات في المنظمة يمكن أن تبدأ من مستوى اختلاف الرأي إلى أن تصل إلى عمليات معقدة وصعبة ويمكن لأسلوب الإدارة في المنظمة أن يسيطر على التوترات من خلال التقريب بين وجهات النظر وعمل لقاءات مكاشفة بين أعضاء التنظيم ويمكن أن نطلق على ذلك" شفافية الإدارة (Transperntiсy) " (كندرسلي ،2001) والإدارة الجيدة هي التي يتوفر فيها مهارات الإقناع (Persuasion) والتفاوض (Bargaining) ويمكن أن يحد ذلك من ضغوط وتوترات العمل (القريوتي ،2000).

صحة الثواب والعقاب تحد من ضغوط العمل فصحة الثواب موجهة نحو إشباع حاجات الفرد غير المشبعة التي ينجم عنها عدم التوازن و توتر لدى الفرد فإذا أشبع الحافز حاجة الفرد فإنه يصبح في حالة من التوازن والرضا عن العمل أما صحة العقاب موجهة نحو تقليل أو إيقاف السلوك غير المرغوب فيه (المغربي، 1995) .

أما صحة الاتصالات تتم بإنشاء نظام اتصال سليم داخل المنظمة لبناء العلاقات بين الأفراد فكلما كانت العلاقات المتبادلة وأساليب الاتصال بين العاملين أفضل كانت معدلات الضغط أدنى (كندرسلي،2001) .

أما الصحة التنظيمية في تكنولوجيا العمل فإنها تحد من الضغوط بتوفر مهارات فنية عالية ومعرفة كبيرة في ظلها يتمتع العاملين بحريه العمل واللامركزية وهذا ما يناسب المنظمات الخدمية وفي المستشفيات يمكن في هذا المجال الاستفادة من شبكة الإنترنت وبنوك المعلومات واستخدام التكنولوجيا في نقل المعلومات مما يكون له الأثر الكبير في تخليص الأطباء من الكثير من الإحباطات(Edward, 2002).

وصحة أسلوب حل المشكلات لها اثر في الحد من الضغوط لأن وجود مشكلة في العمل أو المنظمة تؤثر على العاملين صحياً أو نفسياً أو فسيولوجياً، والاهتمام بطرق حل المشكلات يحتاج إلى دراسة السلوك الإنساني ومعرفته والاهتمام بالعنصر البشري (Humanizing) (القريوتي،2001)، وبما أن خطوات حل المشكلات تأتي بترتيب متسلسل يبدأ بتحديد المشكلة وتحليلها واختيار الحل المناسب الفعال لها فإنه يكون قد تم البدء في الحد من الضغط المتولد عنها.

أما الصحة التنظيمية في الأمن والسلامة المهنية تحد من ضغوط وتوترات العمل بعد توفر شروط ومواصفات فنية وإجراءات تنظيمية في بيئة العمل وكلما تم تحسين ظروف العمل المادية والنفسية تمكن الفرد من إنجاز عمله بدقة فلا يسارع إليه التعب ولا الملل ويكون بعيداً عن الخطر وعندما يدرك بان هذه التحسينات وتلك الضمانات هي لراحته النفسية والجسدية بالدرجة الأولى فان ذلك سيساعد في الحد من ضغوط وتوترات العمل لديه.(كندرسلي،2001).

صحة الثقافة التنظيمية: تحد من ضغوط وتوترات العمل فالثقافة التنظيمية هي"القيم والاتجاهات والافتراضات والمعتقدات التي يطورها الأفراد أو تتبناها المنظمة وذلك من اجل التكيف والتعامل مع المؤثرات الخارجية والداخلية لذلك فانه كلما كان هناك انسجام وتوافق بين ثقافة الأفراد وثقافة المنظمة كلما أصبحت البيئة التنظيمية بيئة صحية ايجابية (القيروتي ، 151,2000)، ويمكن للثقافة التنظيمية أن تحد من ضغوط وتوترات العمل من خلال إدارة المنظمة لهذه الضغوط وفق برنامج يطلق عليه " البرنامج الموافق لضغوط العمل (Collateral Stress Program) وهذا البرنامج أنشئ خصيصاً لمساعدة العاملين في التعامل مع ضغوط العمل وفيه ممارسات تنظيمية وفردية تقلل الضغوط ومنها ممارسة : النشاطات الرياضية والنشاطات التعليمية والتثقيفية وإنشاء النوادي الصحية والمنتجعات وإعداد الملاعب الرياضية (Moorhead &Griffin ,1989) .

5.2 الدراسات السابقة.

لقد ندرت الدراسات العربية من البحث في موضوع الصحة التنظيمية، وربما يكون السبب أن أدبيات العلوم الإدارية لم تستخدم هذا المفهــوم (الصحة التنظيمية Organizational Health) ، ولكن من خلال المطالعة والبحث وجد بأنه تم البحث في موضوعات مستقلة وجزئية ،من أبعاد الصحة التنظيمية التي سبق توضيحها في هذا الفصل ، أما في مجال ضغوط العمل فقد، تعددت الدراسات العربية التي تناولت موضوع ضغوط العمل وأثارها وكيفية الحد منها ولكن في الدراسات الأجنبية فقد حظي كل من موضوع الصحة التنظيمية، وموضوع ضغوط العمل ،بالاهتمام من قبل الباحثين والمفكرين في البيئة الأجنبية وفيما يلي عرض لأهم هذه الدراسات .

1.5.2 الدراسات العربية

أجرى (**Al-shammari , 1996**) دراسة بعنوان "قياس الكفاءة النسبية للمستشفيات في الأردن " وقد شملت الدراسة عينة مجموعها (15) مستشفى تتبع لوزارة الصحة الأردنية وكان الهدف من دراسته قياس الكفاءة الإنتاجية لهذه المستشفيات باستخدام أسلوب (تحليل البيانات التغليفي) وقد جمع الباحث البيانات المتعلقة بدراسته من التقارير الإحصائية السنوية الصادرة عن وزارة الصحة للأعوام الأربعة 1990-1993 والتي ضمت أهم النشاطات والخدمات التي تقدمها المستشفيات الحكومية وقد استخدم الباحث مقاييس المدخلات وهي : (عدد الآسرة، عدد الأطباء، عدد القوى البشرية الصحية ممرضين وممرضات، فنيين، معالجين فيزيائيين، صيدلانيين) أما مقاييس المخرجات فهي: (عدد زيارات عيادات الاختصاص، عدد العمليات الجراحية، عدد حالات الولادة) وتوصل الباحث في دراسته إلى أن عدد المستشفيات غير الكفؤة في وظائفها نسبياً من بين العدد الكلي للمستشفيات كما يلي: (6) مستشفيات في عام 1990 و(5) مستشفيات في عام 1991 و(3) مستشفيات في عام 1992 و(3) مستشفيات في عام 1993 وتوصلت الدراسة إلى أن من أهم أسباب عدم كفاءة بعض المستشفيات وعدم استغلال الموارد بشكل مناسب من قبل الحكومة والموارد هي: الموظفين، والتجهيزات والمعدات والآسرة ومصادر العلاج حيث يتم توزيعها للمستشفيات توزيعاً غير عادل، وأوصت الدراسة انه على الإدارة العليا في وزارة الصحة الأردنية أن تأخذ بالحسبان مستوى المخرجات والكفاءة للمستشفيات عندما يكون هنالك إعادة توزيع للمصادر الإضافية وأن يكون القرار عادلاً لإعادة توزيع الموارد وأن يسيطر عليها مركزياً من قبل صانعي القرار في وزارة الصحة .

أجرت (سيف ، 1996) دراسة بعنوان " نمط السلطة و دورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات " وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مشكلات البناء التنظيمي في المستشفيات والعلاقة بين ازدواجية السلطة وتعدد الأطر المرجعية للعاملين وكذلك التعرف إلى العلاقة بين وضوح اللوائح والأنظمة الداخلية للمستشفى وتداخل أدوار العاملين بالإضافة إلى الدور الذي يلعبه تخصص مدير

المستشفى في شكل علاقاته مع الآخرين ولا سيما الأطباء وقد اتبعت الباحثة منهج المسح الاجتماعي في جمع البيانات باستخدام المقابلة شبه المقننة وتألفت عينة الدراسة من(109) أطباء و(120) إداري في أربع مستشفيات من مستشفيات العاصمة عمان واستخدمت الباحثة برنامج(SAS) للتحليل الإحصائي .

وخلصت الدراسة إلى أن بعض الأنظمة واللوائح الداخلية للمستشفى ليست واضحة بالنسبة للعاملين وهي اقل وضوحاً عند الأطباء منها عند الإداريين، وأن الأطباء يؤيدون أن يكون مدير المستشفى طبيب وأن مستوى الأداء الطبي يتأثر بمقدار الصلاحيات المعطاة للطبيب لإنجاز أعماله وبمدى إشراكه في اتخاذ القرارات وإشباع حاجاته الإنسانية وأوصت الدراسة عدة توصيات من أهمها تعليم وإفهام العاملين بالقوانين واللوائح والأنظمة الخاصة بالمستشفى وتصميم الهيكل التنظيمي ليتناسب مع أهداف واحتياجات المستشفى.

أجرى (أبو خرمة ،2000) دراسة بعنوان " الخدمات الصحية في الأردن : حالة دراسية عن خدمات قسم الأشعة في مستشفى جرش الحكومي " وهدفت الدراسة إلى دراسة الواقع الفني والبناء التنظيمي للقسم وإبراز بعض جوانب القصور الفني والتنظيمي فيه بهدف تحقيق إدارة خدمات صحية فاعلة وذات كفاءة عالية في القسم خاصة والمستشفيات والمراكز الصحية الأردنية عامة واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وتكون مجتمع الدراسة من المرضى المراجعين لقسم الأشعة في المستشفى وكانت أداة الدراسة المستخدمة استبانة مكونة من (24) فقرة واستخدم نظام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية(SPSS) لتحليل بياناتها وتوصلت الدراسة إلى أن هنالك جوانب قصور فني وتنظيمي ومن أهمها بعد موقع قسم الأشعة عن قسم الطوارئ وعيادات الاختصاص ووجود طبيب أشعة واحد غير مقيم وعدم وجود فنيات إناث لتصوير النساء وقدم بعض أجهزة التصوير وافتقار القسم إلى جهاز التصوير فوق الضوئي (Ultrasound) وأوصت الدراسة بضرورة تزويد القسم بأطباء أشعة مقيمين وفنيات أشعة إناث وإعادة تنظيم القسم إلى وحدات لامركزية وتوفير الأجهزة اللازمة مع تحديث الأجهزة القديمة .

أجرى (عبدالحليم والشلبي، 2001) دراسة بعنوان "مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية ، دراسة تقيمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها "وهدفت الدراسة إلى استطلاع اراء الأطباء العاملين وتقييمهم لمستوى الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات القطاع الصحي الحكومي في الأردن من خلال مناقشة (ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها ،وكفاية الكوادر البشرية وتأهيلها ، وملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المختبرية والصيدليات والأدوية وفاعليتها واستخدام الباحثان المنهج الوصفي الإحصائي وتكون مجتمع الدراسة من كافة الأطباء في المستشفيات الحكومية وبلغ أفراد عينة الدراسة (923) طبيب وطبيبة واستخدمت أداة الدراسة وهي استبانة مكونة من (30) فقرة ونسبة ثباتها وفقاً لمقياس كرونباخ ألفا (83.58%) وقد توصلت الدراسة إلى أن تقييم الأطباء لمستوى الخدمات الصحية متوسط وهذا يعني وجود نواقص واختلالات في محاور تقديم الخدمات الطبية والعلاجية المذكورة جعلتها في مستوى متوسط وأن كل من مستشفى الإيمان في عجلون ومستشفى الحسين في السلط ومستشفى جرش هي أكثر المستشفيات الحكومية تعاني من مشاكل عدم الملاءمة وعدم الكفاية للمحاور المدروسة ومن أهم التوصيات التي قد قدمتها الدراسة زيادة المبالغ المخصصة لتمويل الأبنية والمرافق الصحية ولا بد من تغطية النقص في الأجهزة الطبية وتحديث القديم منها ولا بد من إعداد الأطباء ليصبحوا مدراء ناجحين وتدريبهم على فن وعلم إدارة المستشفيات .

أجرت (الأحمدي، 2001) دراسة بعنوان "الاستقلالية المهنية للأطباء العاملين في مستشفيات مدينة الرياض: دراسة تطبيقية) وتكون مجتمع الدراسة من (5587) طبيب وأفراد عينة الدراسة من (365) فرد وكانت أداة الدراسة المستخدمة استبانة بلغت قيمة ثباتها (0.88%) باستخدام معامل كرونباخ ألفا واستخدم البرنامج الإحصائي (SAS) لتحليل بيانات الدراسة، وهدفت الدراسة إلى التعرف إلى درجة وأوجه الاختلاف في الاستقلالية المهنية بين الأطباء العاملين في مستشفيات القطاع الحكومي ومستشفيات القطاع الخاص وتأثير الاستقلالية المهنية في الرضا الوظيفي وضغوط العمل لدى الأطباء، وتوصلت الدراسة إلى أن الأطباء بشكل عام يتمتعون

بدرجة متوسطة إلى عالية من الاستقلالية المهنية فيما يتعلق في (قرارات دخول ومدة بقاء المريض في المستشفى، وقرارات إجراء الفحوصات والتحاليل والعلاجات) بينما تقل درجة الاستقلالية عندما يتعلق الأمر في (جدولة ساعات العمل، والتحكم في مدة بقاء المريض بما يتمشى مع رؤية الطبيب)، وأظهرت الدراسة أن الأطباء في القطاع الخاص ،يشعرون بدرجة أعلى من الاستقلالية المهنية بالمقارنة بزملائهم في القطاع الحكومي وان نقص الاستقلالية يزيد من حدة التوتر بين الأطباء وواضعي السياسة التنظيمية وأوصت الدراسة بضرورة الحد من تدخل غير الأطباء في القرارات المتعلقة بالرعاية الطبية وتفعيل مشاركة الأطباء في المستشفيات الحكومية ،وتزويدهم بالتغذية الراجعة والمهارات الإدارية ضمن برامج تعليمية تتمشى مع المتغيرات الطارئة على بيئة الأنظمة الصحية .

أجرى **(Ben -Ayed & AL-Abasi, 2002)** دراسة بعنوان "دراسة لمدى استغلال الطاقة الاستيعابية لقسم العيادات الخارجية في مستشفى حكومي عام بالمملكة العربية السعودية " وهو مستشفى القوات المسلحة بالرياض، وهدفت الدراسة إلى التأكد من أن الطاقة الاستيعابية لقسم العيادات الخارجية مستغلة بكفاءة وعلى أكمل وجه وقد عنيت الدراسة بقياس الطاقة الاستيعابية بناءاً على العلاقة بين (عدد المرضى الذين تم معالجتهم والمسجلين للمعالجة، والوقت المسجل، ومقارنتها بالوقت المخصص، وقد عرف الباحثان الوقت المستغل بأنه الفترة منذ فتح العيادة وحتى إغلاقها، والوقت المسجل هو الاحتياج من الوقت لمعالجة المرضى المسجلين أما الوقت المخصص فهو الوقت التشغيلي للعيادة كما هو مقرر من إدارة المستشفى، وفقاً للمعادلة الحسابية (الوقت ×عدد غرف العيادات المستغلة) وتوصلت الدراسة إلى أن (30%) من الوقت المخصص في هذه العيادات غير مستغل وهذا يعني أن الطاقة الاستيعابية غير مستغلة بكفاءة رغم أن المستشفى يعاني من إكتضاض في عدد المراجعين الذين يحصلوا على مواعيد بعيدة تصل أحيانا لسنة لمراجعة بعض العيادات وأوصت الدراسة بضرورة تحسين أداء العمليات وتطوير نظام المواعيد الذي يمكن أن يلعب دوراً في تخفيض نسبة الوقت المعطل للأطباء .

أجرت (الجرادين، 2001) دراسة بعنوان "مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية وهدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الضغط النفسي واثر متغيرات (الجنس ،والتصنيف الفني،وعدد سنوات الخبرة) في تقدير الأطباء لدرجة الضغط النفسي وأثره عليهم وتكون مجتمع الدراسة من (1358) طبيب وبلغ عدد الأفراد المبحوثين (340) طبيب وطبيبة واستخدمت أدوات الدراسة وهما مقياس مصادر الضغط النفسي، ومقياس التوتر النفسي، مقياسين مطورين ومعربين ومحكمين، وبعد المعالجة الإحصائية توصلت الدراسة إلى أن الأطباء يعانون من ضغوط نفسية وأن الأطباء الذكور أكثر تعرضاً لدرجة مصادر الضغط النفسي من الطبيبات وأن الأطباء العامون أكثر تعرضاً لتأثير مصادر الضغط النفسي ودرجة الضغط النفسي وأوصت الدراسة الجهات المسؤولة في وزارة الصحة إلى إيجاد حلول للتخفيف من مستوى الضغط النفسي عند الأطباء .

أجرى كل من(اللوزي والحنيطي، 2002) دراسة بعنوان " اثر العوامل المهنية والشخصية على الضغط الوظيفي في المستشفيات الحكومية بالأردن" وهدفت هذه الدراسة للتعرف إلى علاقة العوامل المهنية بالضغط الوظيفي في المستشفيات الحكومية بالأردن وتحديد درجة أهمية كل عامل من العوامل في تأثيره على الضغط الوظيفي وكذلك التعرف إلى اثر المتغيرات الشخصية في تصورات العاملين نحو هذه العوامل وكانت عينة الدراسة التي تم اختيارها عشوائيا تشكل (16%) من أفراد مجتمع الدراسة والبالغ عددهم (2221) فرد في محافظات الوسط من الأردن واستخدم الباحثان إستبانة بلغت درجة اتساقها الداخلي (92%) استناداً إلى مقياس (كرونباخ ألفا) وتم قياس العوامل المهنية التالية:(طبيعة العمل ،العلاقات داخل بيئة العمل ، السلامة والصحة المهنية ، بيئة العمل المادية ، طبيعة تعامل المستفيدين من الخدمة) وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل المهنية والضغط الوظيفي في المستشفيات الحكومية بالأردن وكان اكثر العوامل أثراً على الضغط الوظيفي هو : طبيعة التعامل مع المستفيدين من الخدمة وكان اقلها أثراً عامل العلاقات داخل بيئة العمل وللتخفيف من العبء

الوظيفي الذي يعاني منه الأطباء والممرضين والعاملين في هذه المستشفيات ، أوصت الدراسة زيادة الكوادر الطبية والتمريضية في المستشفيات وتدريبهم بما يتناسب والتطور التكنولوجي في مجال المعدات والأجهزة الطبية وتوفير بيئة عمل مناسبة مادياً ومعنوياً للأطباء والممرضين .

أجرى **(القرني، 2003)** دراسة بعنوان " تأثير غموض الدور وتعارض الدور في الممارسة المهنية لدى الاختصاصين الاجتماعين في المؤسسات الطبية" وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير غموض الدور وتعارض الدور في الممارسة المهنية للاختصاصين الاجتماعيين في المؤسسات الطبية لاسيما عندما يتعارض دور مهنة الاختصاصي الاجتماعي مع دور المهن الأخرى وخصوصاً مهنتي الطب والتمريض في المؤسسات الطبية بمدينة مكة المكرمة وقد صمم الباحث إستبانة الدراسة لقياس متغيرات غموض الدور وتعارض الدور بالإضافة إلى معلومات تتناول خصائص مجتمع الدراسة الديموغرافية وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:أن هناك غموضاً وتعارضاً في الدور لدى العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية وان العلاقة عكسية بين مستوى الممارسة المهنية وبين كل من غموض الدور وتعارض الدور والحاجة إلى الوضوح فكلما كانت مهام الاختصاصي الاجتماعي ومسؤولياته غامضة وغير محدودة بشكل واضح كلما انعكس ذلك سلباً على كفاءة وممارسة واجبات مهنته وبالتالي تأثر الأداء سلباً وأوصت الدراسة أن يتم تحديد مهام ومسؤوليات الاختصاصي الاجتماعي والطبي ليتسنى للممارس أن يمارس أدوار مهنية لا تتعارض مع أدوار أخرى في المؤسسة الطبية مثل دور الطبيب ودور الممرض وتفعيل العمل الجماعي داخل المؤسسة الطبية لكي يؤدي الاختصاصي الاجتماعي الطبي دوره بفاعلية ضمن الفريق الطبي المعالج.

2.5.2 الدراسات الأجنبية

أجرى **(Akbaba, 1997)** دراسة بعنوان "الصحة التنظيمية للمدارس الثانوية في تركيا والتغيرات المطلوبة "، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على آراء المدراء والمعلمين فيما يتعلق بالصحة التنظيمية لمدارسهم والتعرف فيما إذا كان

هنالك اختلافات واضحة بين آراء المعلمين ترتبط بالصحة التنظيمية لمدارسهم تبعا لتصوراتهم وفقا للجنس والخبرة وسنوات الخبرة في نفس المدرسة ومستوى التعليم، وشملت عينة الدراسة (485) معلماً ومديراً ونائب مدير في (34) مدرسة عليا للتعرف على أبعاد الصحة التنظيمية التالية (القيادة التنظيمية، التكامل التنظيمي، التفاعل البيئي،الوحدة التنظيمية، المخرجات التنظيمية)، وقد استخدمت أداة جمع المعلومات وهي إستبانة مكونة من (53) فقرة وخلصت الدراسة إلى أن هنالك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين آراء المعلمين والمدراء فيما يتعلق بالصحة التنظيمية لمدارسهم وأبعادها الأربعة وهي القيادة التنظيمية، والتكامل التنظيمي والتفاعل البيئي والمخرجات التنظيمية ولكنها أظهرت أيضا انه ليس هنالك اثر هام ذو دلالة إحصائية بين آراء المعلمين والمدراء يتعلق ببعد الوحدة التنظيمية كذلك أظهرت الدراسة أن هنالك (14) مدرسة إحتصلت على مستوى اقل من معدل الصحة التنظيمية المقبول، وأوصت الدراسة انه يجب مراقبة المدارس التي حصلت على معدل منخفض للصحة التنظيمية، وأن تطور هذه المدارس خطط إصلاحية لتحسين الأداء وتعمل على تنفيذها.

أجرى (Tsui & cheng, 1999) دراسة بعنوان "الصحة التنظيمية المدرسية والتزام المعلم "، وهدفت الدراسة للتحقق من أنه كيف للصحة التنظيمية المدرسية بمتغيراتها:(الاستقامة المؤسسية، تأثير المدير، الاهتمام، الهيكل الداخلي، تزويد الموارد، المعنويات، الالتزام الأكاديمي) عندما تتفاعل مع الخصائص الشخصية للمعلمين (الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، المستوى التعليمي، الخبرة التعليمية) تؤدي إلى الالتزام لدى العاملين في مدارس (Hong kong) الأساسية

وشملت عينة الدراسة (423) معلم وكانت أداة الدراسة استبانة بلغت نسبة ثباتها (88%) وتوصلت الدراسة إلى أن الأبعاد التالية للصحة التنظيمية (المعنويات ،الاهتمام ،الاستقامة المؤسسية) هي الأكثر مساهمة في التزام المعلمين ولهذا أوصت الدراسة انه على الإدارة المدرسية أن تأخذ بعين الاعتبار الظروف الموقفية وترتبط فيما بين قيادتها والبيئة التنظيمية المدرسية وخصائص المعلمين وتحقيقاً للصحة التنظيمية .

أجرى (Miller & Griffin, 1999) دراسة بعنوان "الشخصية والصحة التنظيمية :الدور الحي "وهدفت الدراسة إلى الكشف عن الدور الذي يلعبه الوعي الضميري (Conscientiousness) في الصحة التنظيمية بين موظفي القطاع العام في مقاطعة (Queensland) الاسترالية واستخدم الباحثان إطار عام للصحة التنظيمية يتكون من "المناخ التنظيمي ويعبر عن: عبء العمل ووضوح الأدوار، السعادة التي تتمثل في: الضغوط السيكولوجية والرضا الوظيفي، وكذلك الشخصية المتمثلة في: الشخصية المنبسطة (Extraversion) والعصبية (Neuroticism) وأما المكون الرابع للصحة التنظيمية فهو الأداء المتوافق ، أما الوعي الضميري فيشير إلى: المثابرة والحرص والمسؤولية والعمل الجاد وتوصلت الدراسة إلى أن للوعي الضميري اثر في الصحة التنظيمية من خلال دعم نجاح المنظمة وتعديل تأثير الأدوار في الضغوط النفسية والرضا الوظيفي وأن الشخصية المنبسطة مصدر التنبوء للإنجاز المتوقع كما أن للشخصية العصبية ارتباط في الإحباطات النفسية وأوصت الدراسة انه لا بد من إجراء دراسة متكاملة للوعي الضميري في دراسات الصحة التنظيمية .

أجرت(Luck ,2000) دراسة بعنوان " تقليل الضغوط وسط الأطباء المبتدئين " في مستشفيات (Heatherwood And Wexham Park Hospitals) حيث قامت بمقابلة أكثر من (400) طبيب مبتدء في المستشفى لتحليل مصادر الضغوط من اجل احتوائها وتقليلها واستمعت للأطباء بأسلوب دراسة الحالة وقد حددت الدراسة مصادر الضغوط التي يعاني منها الأطباء وهي: التردد والحيرة في اختيار التخصص الطبي، والوظائف النهارية والحالات الطبية الطارئة ليلاً والعمل في وحدات الطوارئ وعدم ملاءمة ترتيبات الإقامة والمعيشة المادية للأطباء ،وطول مدة غياب الأطباء الأجانب عن وطنهم وحنينهم إليه، ونقص في التعليم العام بعد التخرج وجزء صغير من الأطباء المبتدئين لديهم صراع أكاديمي وهذا يعود إلى اختلافات في كلياتهم الطبية، بالإضافة إلى ضغوط من صميم العمل الطبي مثل حالات الموت غير المتوقع، ومشاهدة الجروح البليغة، كل هذه الأسباب تؤدي إلى القلق وقلة النوم وللتقليل من الضغوط على الأطباء أوصت

الدراسة بضرورة تقديم النصيحة الجيدة في التخصص المهني الطبي، وإزالة الوظائف غير الضرورية عن الأطباء الجدد ، وتوفير ترتيبات إقامة ومعيشة جيدة، والاهتمام بحاجات الأطباء من الخارج، واتخاذ إجراءات داعمة للحد من الضغوط.

أجرى **(McHugh, 2001)** دراسة بعنوان "غياب الموظفين عائق للصحة التنظيمية في الحكومة المحلية" . دراسة تطبيقية على المنظمات الحكومية في ايرلندا الشمالية وقد اعتبر أن الغياب عن العمل يعطي مؤشر على الصحة التنظيمية وهدفت الدراسة إلى التحقق من مستوى غياب الموظفين في (26) مجلس محلي في ايرلندا الشمالية والتأكد من مسببات وأثار الغياب عن العمل وتم جمع بيانات الدراسة بواسطة إجراء الدراسة المقننة وقد أظهرت الدراسة أن التكلفة المباشرة لغياب الموظفين عن العمل في المنظمات المبحوثة لعامي (1998) و (1999) هي (4.5) مليون جنيه إسترليني وأن مسببات الغياب عن العمل هي الأمراض البسيطة مثل الأنفلونزا والصداع واضطربات المعدة والآم الظهر والأمراض ذات الخطورة التي تؤدي إلى دخول المستشفى ومنها أمراض الضغوط، والإحباط والإنهاك الشديد والمسببات الأخرى المتمثلة في مسئوليات البيت والعائلة وقلة التحفيز وانخفاض المعنوية وأوصت الدراسة انه لإيجاد منظمات عمل أكثر صحة يجب على إدارتها تطوير ثقافتها التنظيمية لتكون أكثر استجابة وقبولاً للتغير المتسارع وأن تسرع في تطوير الصحة التنظيمية من خلال تحديد مشاكلها ووضع حلول لها ليكون الأداء فيها أكثر صحة من خلال موظفين أصحاء.

أجرى **(Duffy & Chan ,2001)** دراسة بعنوان "الضغوط والتوترات في مستشفيات غرب استراليا وكان الهدف من الدراسة لاكتشاف فيما إذا كان هنالك وجود لضغوط عمل فيما بين العاملين في المستشفيات الاسترالية ومقارنة ذلك مع المستشفيات في المملكة المتحدة، من حيث التشابه في مصادر الضغوط واستراتيجيات التكيف معها ودرجة الرضا الوظيفي ومستوى الصحة الجسدية والصحة النفسية في ظل إعادة الهيكلة وأجريت الدراسة على المستشفيات العامة في العاصمة وشملت عينة الدراسة الأطباء الممرضين والمدراء واستخدمت أداة الدراسة وهي استبانة وتوصلت الدراسة إلى أن مصادر الضغوط في المستشفيات

الاسترالية اقل منها في المستشفيات البريطانية ومن أهمها :الأدوار الإدارية والعلاقات مع الآخرين والمناخ والهيكل التنظيمي، وحياة العمل والمنزل، أما استراتيجيات التكيف في المستشفيات الاسترالية فهي أفضل منها في البريطانية ومن أهمها الدعم الاجتماعي، أما مستوى الرضا الوظيفي والصحة النفسية فهما متساويان ولكن مستوى الصحة الجسدية في المستشفيات الاسترالية أفضل منه في البريطانية ،وأوصت الدراسة انه على متخذي القرار الموازنة بين مستويات صحة العاملين وجودة حياة العمل عند تحول المستشفيات الاسترالية باتجاه التخاصية.

أجرى(Matthew, 2002) دراسة بعنوان "الإبداع والتطوير في أنشطة المستشفى: مفاتيح للصحة التنظيمية" دراسة تجريبية على مستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية بأسلوب دراسة الحالة معتمدة على إجراء المقابلات مع الأطباء والإداريين وهدفت الدراسة إلى معرفة أسباب القصور في بلوغ الأهداف وفقاً لما هو مقرر في الموازنة وما هي وسائل معالجة هذه الأسباب وتبين من الدراسة أن هناك أسباب غير ظاهرية تعمل على زيادة التكاليف ومنها تصرفات الممرضات حيث يعملن على إحضار شراشف زيادة إلى غرف المرضى دون توريد الشراشف المتسخة مما يؤدي إلى انخفاض عمل قسم المصبغة إلى (25%) ومنها إجراء ما يزيد على (100.000) مكالمة داخلية من خلال مقسم المستشفى بدلاً من استخدام الاتصال المباشر أو جهاز المناداة الكلامي ويكون ذلك على حساب الأعمال التي تخدم الأنشطة الطبية وقد أوضحت الدراسة أنه للمحافظة على الصحة التنظيمية في المستشفى لا بد من استخدام استراتيجيات التطوير والإبداع وسياسات تنظيمية تتمثل في تعريف القيم التنظيمية وتغيير الثقافة التنظيمية مع الاهتمام بالبنية التحتية للمستشفى .

أجرى (Koscec , 2002) دراسة بعنوان " أماكن العمل الناجحة تبطل الضغوط المتعلقة بالعمل " دراسة حالة وقد أجريت هذه الدراسة على الشركة الكندية للتوزيع والتي يبلغ عدد فروعها (140) فرع داخل كندا وقد هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من تنامي حالات التغيب عن العمل وأسبابها بالإضافة إلى التحقق إحصائياً من العلاقة بين خصائص الصحة التنظيمية ومقاييس أداء الشركة

وقد اعد لهذه الدراسة إستبانة للمسح التشخيصي للصحة التنظيمية بلغت درجة صدقها (80%) وكانت معلوماتها تتعلق بثلاثة مواضيع رئيسية في الصحة التنظيمية وهي : الصحة الفردية والسلوك القيادي والمناخ التنظيمي، وقد أوضحت الدراسة إلى أن السبب الرئيسي في وجود ظاهرة التغيب المزمن عن العمل هو الإرهاق النفسي والجسدي ويعزى ذلك إلى ضغوط العمل وأن هنالك ارتباط قوي بين السلوك القيادي والضغوط وأن السلوك القيادي له اثر اكبر من المناخ التنظيمي في أحداث ضغوط العمل ولكن التغيب يمكن أن تقل نسبته في حالات: معرفة وفهم أهداف الشركة، والمشاركة باتخاذ القرارات، والتغذية العكسية الجيدة عن العمل الجيد، واحترام الاتصال بين العاملين، وعملت الدراسة على قياس أداء الشركة والصحة التنظيمية من خلال ثلاثة عوامل للصحة التنظيمية وهي النمو التجاري، والمحافظة على المتسوق، والمبيعات لكل ساعة، وأن المتاجر الأكثر نمواً أنتجت مستويات أعلى من ضغوط العمل لأنه إلى حد ما لم يكن هنالك جدولة أو توزيع لعبء العمل ولم يكن هنالك اتصال جيد بين الموظفين لقلة الاجتماعات، وأوصت الدراسة المدراء في جميع المستويات لاتخاذ الإجراء ات لخلق بيئة عمل صحية فيها يمكن أن ينمو الموظفون وتزداد المخرجات والإنتاجية وتقل تكاليف العجز .

أجرى (Browne, 2002) دراسة بعنوان "صلاحية نموذج منظمات العمل الصحية " وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط المرتبطة بالعمل وسعادة العاملين تحت ما يسمى بالصحة التنظيمية وذلك باستخدام نموذج منظمات العمل الصحية الذي يربط بين ثلاث أبعاد من الخصائص التنظيمية وهي: (الممارسات الإدارية، المناخ التنظيمي، والقيم التنظيمية) كمؤشرات للصحة التنظيمية على مستوى المنظمة والفرد وبيان مدى تأثير هذه الخصائص على الصحة التنظيمية لثلاث مجموعات من العاملين وهم(العاملين في الإنتاج، التقنيون، المتخصصون) وقد أجريت الدراسة على (25) فرع لأكبر شركات الإنتاج في شمال أمريكا وعدد المبعوثين هو (1162) موظف واستخدمت أداة الدراسة وهي استبانة بلغت درجة اتساقها الداخلي (70%) وأظهرت الدراسة أن (التحسين المستمر والتطوير المهني كممارسات إدارية وأن الإبداع وحل الصراعات كمتغيرات للمناخ التنظيمي وأن

الدراسة يعانون من مستوى عالي من الضغوط وان هناك اختلاف بين الأطباء في أساليب التأقلم مع الضغوط فوجد أن نمط التكيف الفاعل والذي يستخدم أساليب التخطيط وحل المشكلات هو استراتيجية مفيدة لتقليل من أو منع الضغوط وأوصت الدراسة انه لا بد من زيادة عدد الأطباء المستشارين خلال عام (2004) لزيادة كفاءة المستشفيات والاهتمام بنواحي العمل السلوكية للمساهمة في إبقاء الأطباء في العمل وعدم هجرتهم .

3.5.2 ملخص الدراسات السابقة وما يميز هذه الدراسة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة تبين بأنها قد ناقشت مختلف المفاهيم ذات الصلة الوثيقة بموضوعي الصحة التنظيمية وضغوط العمل وتبين بأن هذه الدراسات قد تمت في بيئات حضارية مختلفة ومنظمات ذات حجم وطبيعة نشاطاتها مختلفة وهنالك تعدد للمتغيرات التي تناولتها وأساليب جمع البيانات وتحاليلها التي اتبعتها .

في موضوع الصحة التنظيمية فإن الدراسات العربية بحثت بشكل جزئي في أبعاد وأوجه الصحة التنظيمية ومنها كفاءة المستشفيات، وتسخير الموارد، ونمط السلطة، والبناء التنظيمي، ومستوى الخدمات الصحية المقدمة وأظهرت هذه الدراسات أن هنالك اعتلال في صحة المستشفيات المدروسة بسبب عدم الكفاءة في الأداء وعدم الوضوح في اللوائح والأنظمة، وقصور فني وتنظيمي ونقص في التدريب والتجهيز، أما الدراسات الأجنبية فقد تناولت موضوع الصحة التنظيمية وتباينت هذه الدراسات في الأبعاد والمتغيرات التي تناولتها فبعضها بحثت في الصحة الشخصية والمسلكية لأفراد المنظمة ومن أهم عناصرها :القيم، الإبداع، المعنويات، الاستقامة، الوعي الضميري، صحة الجسد والنفس، وبعضها تناولت صحة الخصائص التنظيمية ومن أهمها القيادة والتكامل والتماسك والممارسات الإدارية والتطوير، والهيكل التنظيمي والمناخ التنظيمي .

وفي موضوع ضغوط العمل فقد بحثت الدراسات العربية والأجنبية في العديد من مصادر الضغوط في المنظمات والمستشفيات ويمكن إجمالها في مصادر مرتبطة في النواحي الوظيفية والإدارية والتنظيمية والاجتماعية بالإضافة إلى الظروف المادية في العمل وقد أظهرت هذه الدراسات أن هنالك مستويات من ضغوط العمل تؤثر

على الرضا الوظيفي وصحة الأفراد وبالتالي على الأداء في المنظمات وقدمت التوصيات للتأقلم والتكيف مع الضغوط .

أما هذه الدراسة فقد جاءت لبيان مدى توافر أبعاد الصحة التنظيمية وأثرها في الحد من مصادر ضغوط العمل في المستشفيات وتميزت عن الدراسات الاخرى في انها اكثر شمولية في طرح ابعاد الصحة التنظيمية بينما الدراسات السابقة العربية وحتى الاجنبية قد ركزت على ثلاثة او اربعة ابعاد للصحة التنظيمية على الاكثر،كما ان هذه الدراسة من الدراسات العربية القليلة التي تفردت ببحث موضوع الصحة التنظيمية وربطت بين مفهومي الصحة التنظيمية وضغوط العمل في المنظمات لصحية واهتمت بدراسة مجتمع الأطباء في المستشفيات الحكومية في المملكة الاردنية الهاشمية.

6.2 أسئلة وفرضيات الدراسة :

1.6.2 **أسئلة الدراسة :** جاءت هذه الدراسة للإجابة على الأسئلة التالية:

1. ما هي تصورات الأطباء لمستوى الصحة التنظيمية ومدى توافر كل بعد من أبعادها في المستشفيات الحكومية، وهذه الأبعاد هي: " وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، الإبداعية، ملاءمة الاتصالات، حل المشكلات، الاستقلالية " ؟
2. ما هي تصورات الأطباء لمصادر ضغوط العمل وكل بعد من أبعادها في المستشفيات الحكومية وهذه المصادر هي: "المصادر الفردية، والمصادر التنظيمية، والمصادر المادية، والمصادر الوظيفية، والمصادر الاجتماعية " ؟
3. ما هي العلاقة الإرتباطية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة ؟

2.6.2 **فرضيات الدراسة :** تحاول هذه الدراسة اختبار صحة الفرضيات التالية :

الفرضية الأولى : لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية (عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$)لأبعاد الصحة التنظيمية: وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، الإبداعية،ملاءمة الاتصالات، حل المشكلات، الاستقلالية، في مصادر ضغوط العمل الفردية .

الفرضية الثانية: لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية(عند مستوى دلالة α≤ 0.05) لأبعاد الصحة التنظيمية : وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات،التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، الإبداعية، ملاءمة الاتصالات، حل المشكلات، الاستقلالية، في مصادر ضغوط العمل التنظيمية .

الفرضية الثالثة: لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية (عند مستوى دلالة α≤ 0.05) لأبعاد الصحة التنظيمية : وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات، الاستقلالية، في مصادر ضغوط العمل المادية .

الفرضية الرابعة: لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية (عند مستوى دلالة α≤ 0.05) لأبعاد الصحة التنظيمية : " وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات،التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، الإبداعية، ملاءمة الاتصالات، حل المشكلات، الاستقلالية ، " في مصادر ضغوط العمل الوظيفية .

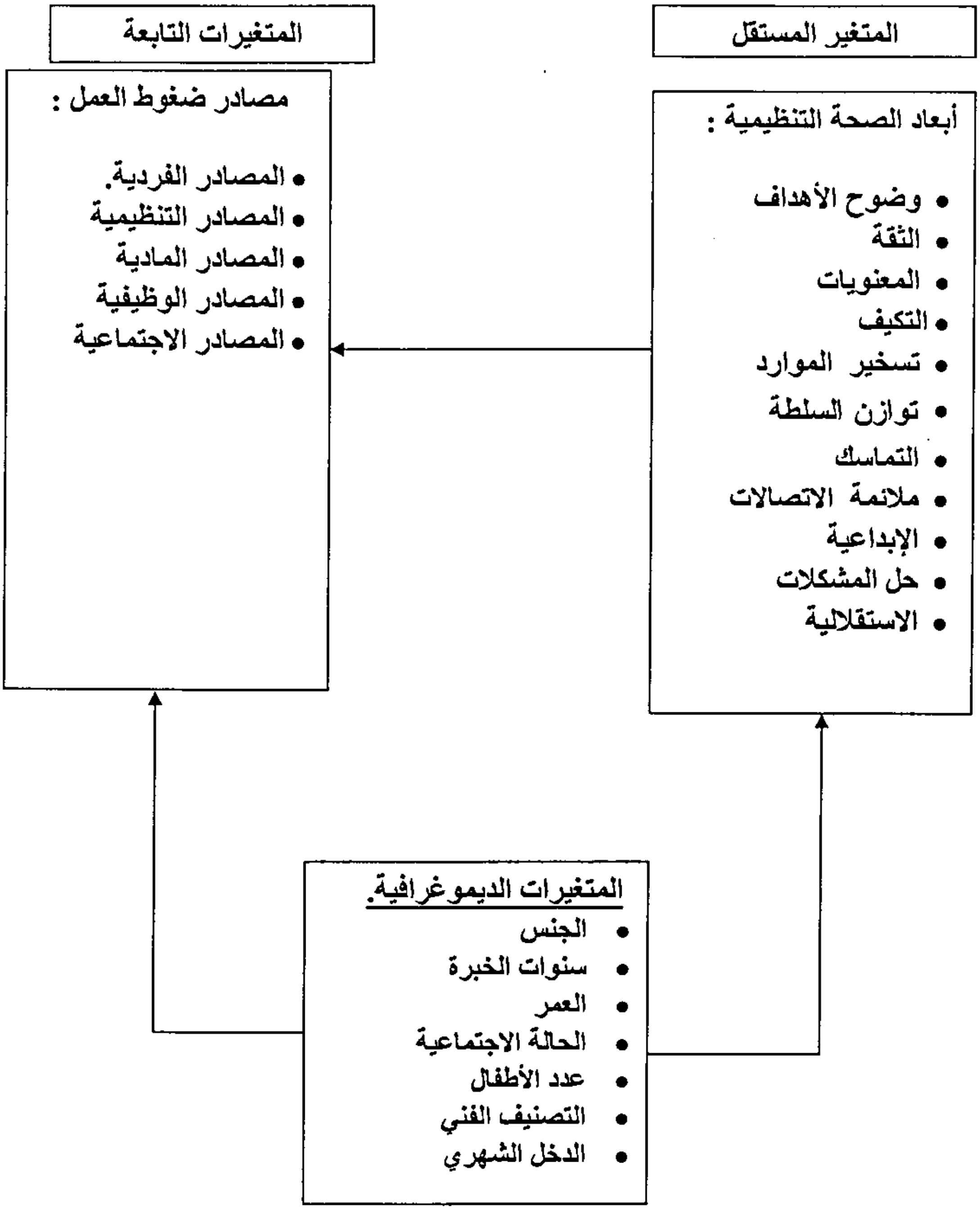
الفرضية الخامسة: لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية(عند مستوى دلالة α≤ 0.05) لأبعاد الصحة التنظيمية : " وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، الإبداعية،ملاءمة الاتصالات، حل المشكلات، الاستقلالية ،" في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية .

الفرضية السادسة:لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى دلالة α≤ 0.05) في تصورات المبحوثين لأبعاد الصحة التنظيمية يعزى للمتغيرات الديموغرافية : الجنس، سنوات الخبرة ، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، التصنيف الفني، الدخل الشهري .

الفرضية السابعة: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى دلالة α≤ 0.05) لتصورات المبحوثين لمصادر ضغوط العمل تعزى للمتغيرات الديموغرافية : الجنس، سنوات الخبرة، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، التصنيف الفني، الدخل الشهري .

الشكل رقم ( )

أنموذج الدراسة :



الفصل الثالث

المنهجية والتصميم

1.3 منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج البحث الوصفي التحليلي الذي ينطلق من دراسة وتحليل الأبعاد النظرية لمضامين الصحة التنظيمية وأثرها في مصادر ضغوط العمل، وذلك من خلال إجراء المسح المكتبي في سبيل بناء الإطار النظري والإطلاع على الدراسات السابقة وشبكة الانترنت، إلى جانب البحث التحليلي الميداني الذي انطلق من الدراسة الاستطلاعية وإجراءات المسح الشامل لجمع البيانات التي تضمنتها الاستبانة وتحليلها بالأساليب الإحصائية المناسبة، للإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

2.3 مجتمع الدراسة :

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية في إقليم الوسط والذي يشمل محافظات (عمان ، الزرقاء ، مادبا ، البلقاء) والبالغ تعدادهم الكلي(1129) طبيبا" وطبيبة، في ضوء إحصائيات وزارة الصحة موزعين على (9) مستشفيات يوضحها الملحق رمز (أ)، وقد تم اختيار مجتمع الدراسة لكونه يحتوي على اكبر عدد من المستشفيات ويوجد فيه نسبه كبيرة من الأطباء يشكلون ما نسبته (58%) من إجمالي عدد الأطباء في جميع مستشفيات وزارة الصحة الأردنية البالغ عددهم (1946) طبيب وطبيبة (وزارة الصحة، 2004) ولكونهم يتعاملون مع كثافة بشرية أكثر من غيرهم في إقليمي الشمال والجنوب.

3.3 عينة الدراسة.

تم سحب عينة عشوائية بسيطة بنسبة (50%) من مجتمع الدراسة الكلي، وقد تم توزيع(565) استبانة ملحق رمز(أ)، وكان ذلك من خلال الاستعانة بالأقسام الإدارية وشؤون الموظفين في المستشفيات المبحوثة، وتم استرجاع(445) استبانة بنسبة بلغت(78.6%) من عينة الدراسة، وقد تم استبعاد(23) استبانة لعدم صلاحيتها للتحليل، وبذلك خضعت للتحليل(422) استبانة مشّكلة ما نسبته (74.6%) من عينة

الدراسة، وما نسبته(37.3%) من مجتمع الدراسة الكلي وهي نسبة مقبولة لأغراض البحث العلمي، وفيما يلي عرض لخصائص عينة الدراسة، وقد شملت المتغيرات الشخصية الآتية: (الجنس، وسنوات الخدمة، والعمر، والحالة الاجتماعية، وعدد الأطفال، والتصنيف الفني، والدخل الشهري)، ويبين الجدول رقم (2) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب هذه المتغيرات.

جدول رقم (2)

وصف خصائص عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات المستقلة

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	361	%85.5
	أنثى	61	%14.5
سنوات الخدمة	أقل من 5 سنوات	176	%41.7
	6-10 سنوات	35	%8.3
	11-15 سنة	88	%20.9
	16 سنة فأكثر	123	%29.1
العمر	30 سنة فأقل	158	%37.4
	31-40 سنة	101	%23.9
	41-50 سنة	103	%24.4
	51سنة فأكثر	60	%14.2
الحالة الاجتماعية	أعزب	143	%33.9
	متزوج	279	%66.1
عدد الأطفال	3 أطفال فأقل	159	%37.7
	4-6 أطفال	124	%29.4
	7 أطفال فأكثر	139	%32.9
التصنيف الفني	طبيب عام	65	%15.4
	طبيب مقيم	185	%43.8
	طبيب اختصاص	172	%40.8
الدخل الشهري	500 دينار فأقل	213	%50.5
	501-1000 دينار	134	%31.8
	1001 دينار فأكثر	75	%17.8

يوضح الجدول رقم (2) أن عدد (الذكور) يزيد عن عدد (الإناث) بشكل ملحوظ، حيث بلغت نسبة الذكور (85.5%) من مجموع أفراد عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة الإناث (14.5%) من مجموع أفراد عينة الدراسة، ولعل هذا يعكس أن

المجتمع الأردني أكثر تشجيعا" للذكور على دراسة الطب لا سيما وأن الإرث الاجتماعي يشجع سفر الذكور لدراسة هذا التخصص في الخارج أكثر من الإناث لذلك جاءت نسبتهن منخفضة.

وفيما يتعلق بمتغير (العمر) فقد احتلت الفئة العمرية (30 سنة فأقل) أعلى نسبة بواقع (37.4%) في حين بلغت نسبة المبحوثين ضمن الفئة العمريـــة (51 سنة فأكثر) (14.2%) من أفراد عينة الدراسة، وأما من كانت أعمارهم (40-31 سنة) فجاءت نسبتهم(23.9%) من أفراد عينة الدراسة، ومن كانت أعمارهم (41 – 50 سنة) فجاءت نسبتهم (24.4%) من أفراد عينة الدراسة وهذا يعني أن الأطباء ضمن الفئة العمريـــة (51 سنة فأكثر) عادة ما يلجأون إلى التقاعد مبكراً ويفتحون عيادات خاصة بهم بحكم الخبرات التي اكتسبوها في القطاع العام.

كما وجد أن(41.7%) من أفراد عينة الدراسة تقع مدة خدمتهم ضمن الفئة(5 سنوات فأقل)، مقابل (8.3%) كانت مدة خدمتهم (6–10 سنوات)، وإن(20.9%) كانت مدة خدمتهم (11–15 سنة)، في حين أن(29.1%) كانت مدة خدمتهم (16 سنة فأكثر)، وقد تكون هذه النسبة مؤشراً على وجود الدوران الوظيفي ما بين العمل في القطاع العام والقطاع الخاص سواء داخل الأردن أو خارجه.

كما دلت النتائج على أن (15.4%) من أفراد عينة الدراسة كان تصنيفهم الفني طبيب عام، وأن (43.8%) من أفراد العينة كان تصنيفهم الفني طبيب مقيم، وأخيراً فإن(40.8%) من أفراد عينة الدراسة كان تصنيفهم الفني طبيب اختصاص، هذا ويعود ارتفاع نسبة الأطباء الاختصاصيين والمقيمين في المستشفيات لإمكانية مثل هؤلاء الأطباء وكفاءتهم في إجراء العمليات الجراحية ومتابعة حالة المرضى المقيمين.

وفيما يتعلق بمتغير (الحالة الاجتماعية) فإن (66.1%) من أفراد عينة الدراسة متزوجين في حين جاءت نسبة فئة الأعزب(33.9%) يمكن تفسير ذلك من خلال متغير أعمار الأطباء المبحوثين حيث أن ما نسبته(62.6%) تجاوزت أعمارهم الثلاثون عاما وهو العمر الأنسب للزواج وفقاً للتقاليد السائدة في المجتمع.

كما وجد أن(37.7%) لديهم عدد أطفال (3 أطفال فأقل)، مقابل(32.9%) كان لديهم (7 أطفال فأكثر)، وإن (29.4%) كان لديهم من(4-6 أطفال)، وقد يكون هذا مؤشراً على ارتفاع إدراك نسبة جيدة من الأطباء بأهمية تنظيم الأُسرة.

وبالنسبة لمتغير الدخل الشهري لأفراد عينة الدراسة فقد وجد أن(50.5%) من أفراد العينة دخلهم الشهري (500 دينار فأقل)، مقابل (31.8%) كان دخلهم الشهري(501-1000 دينار)، في حين أن(17.8%) كان دخلهم الشهري(1001 دينار فأكثر) وهذا يدل على أن نصف عينة المبحوثين هم من ذوي الدخل المنخفض وهي السمة الغالبة على العاملين بشكل عام في القطاعات الحكومية المختلفة.

4.3 أداة الدراسة :

تم التوصل إلى صياغة أداة الدراسة بعد إجراء المسح المكتبي والإطلاع على الجانب النظري والدراسات السابقة المتعلقة في موضوعي الصحة التنظيمية وضغوط العمل، لقياس مدى توافر أبعاد الصحة التنظيمية وأثرها في الحد من مصادر ضغوط العمل، وتم تطوير استبانة متكيفة مع بيئة المستشفيات الأردنية يوضحها الملحق رمز(ب) وتتكون هذه الاستبانة من ثلاثة أجزاء هي :

الجزء الأول: ويتضمن المعلومات العامة عن خصائص عينة الدراسة، طبقاً للمتغيرات الديموغرافية التالية (الجنس، سنوات الخبرة، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، التصنيف الفني، الدخل الشهري).

الجزء الثاني: ويتضمن (33) فقرة، وهي الفقرات من (1-33)، تقيس المتغير المستقل "الصحة التنظيمية ومدى توافر أبعادها " كما يوضحها الجدول رقم (3) وقد تم الاعتماد في تصميم وتطوير هذه المجموعة من الفقرات بترجمة مجموعة من الاستبيانات ومن ثم تعديلها وتطويرها لتناسب البيئة الأردنية وأغراض الدراسة وهي المقاييس التي طورها كل من(Nurit & Cohen, 1991) بعد تحويل المقياس من صيغته السلبية إلى صيغته الايجابية، ومقياس، (Hoy & Sabo, 1997)، ومقياس (Laub, 2004)، أما فيما يتعلق ببعد الثقة فقد تم

الاعتماد على الإستبانة التي تم تطويرها من قبل (الغامدي، 1990) بعد إجراء بعض التعديلات عليها.

الجزء الثالث : ويتضمن (29) فقرة، وهي الفقرات من (34-61) وتقيس المتغير التابع "مصادر ضغوط العمل" وكما يوضحها الجدول رقم(4) وقد تم الاعتماد على مجموعة من الاستبيانات لتطوير هذه المقاييس لتتناسب مع طبيعة عمل عينة الدراسة وهي المقاييس التي استخدمها كل من (العطوي، 2004) و(اللوزي والحنيطي، 2002) و (الجرادين، 2001) .

وقد صنفت جميع إجابات فقرات الاستبانة ألـــ(61) وفقا لمقياس ليكرت (Likert) الخماسي وحددت بخمس إجابات حسبت أوزانها رقمياً على النحو الآتي :

1. (دائماً) ويمثل (5 درجات)
2. (غالباً) ويمثل (4 درجات)
3. (أحياناً) ويمثل (3 درجات)
4. (نادراً) ويمثل (2 درجتان)
5. (ابداً على الإطلاق) ويمثل (1 درجة واحدة)

الجدول رقم (3)

أبعاد المتغير المستقل "الصحة التنظيمية وأرقام الفقرات التي تقيسها .

التسلسل	البعد	أرقام الفقرات
.1	وضوح الأهداف	1-3
.2	الثقة	4-6
.3	المعنويات	7-9
.4	التكيف	10-12
.5	تسخير الموارد	13-15
.6	توازن السلطة	16-18
.7	التماسك	19-21
.8	ملاءمة الاتصالات	22-24
.9	الإبداعية	25-27
.10	حل المشكلات	28-30
.11	الاستقلالية	31-33

الجدول رقم(4)

المتغير التابع "مصادر ضغوط العمل "وأرقام الفقرات التي تقيسها .

التسلسل	المصادر	أرقام الفقرات
.1	**المصادر الفردية** وهي (مفهوم الذات، القدرات، الحالة النفسية والجسمية، نمط الشخصية، الصراع الشخصي)	34-38
.2	**المصادر التنظيمية** وهي (الهيكل التنظيمي، الرواتب والأجور والحوافز، تقويم الأداء ، التكنولوجيا، أهداف المنظمة، المشاركة في اتخاذ القرار)	39-44
.3	**المصادر المادية** وهي(الضوضاء ، الإضاءة، الحرارة، التجهيزات، الأمن والسلامة المهنية)	49- 45
.4	**المصادر الوظيفية** وهي (غموض الدور، صراع الدور، عبء العمل، نوع العمل، المستقبل الوظيفي، المسؤولية عن الآخرين)	55-50
.5	**المصادر الاجتماعية** وهي (الأسرة ، الأصدقاء، العلاقات التبادلية، المرضى وذويهم)	61-56

5.3 صدق أداة الدراسة:

لقد تم عرض الاستبانة على (10) محكمين من أساتذة الإدارة، وأطباء ومختصين في القياس والتقويم للتحقق من مدى صدق فقرات الاستبانة، ولقد تم الأخذ بملاحظاتهم، وإعادة صياغة بعض الفقرات، وإجراء التعديلات المطلوبة، بشكل دقيق يحقق التوازن بين مضامين الاستبانة في فقراتها، وفضلاً عن ذلك فقد جرى عرض الاستبانة على عينة اختبارية قوامها (30) مبحوثاً من أفراد العينة، بغرض التعرف على درجة استجابة المبحوثين للاستبانة وعبّروا عن رغبتهم في التفاعل مع فقراتها، مما أكد على صدق الأداة.

6.3 ثبات أداة الدراسة :

جرى استخراج معامل الثبات، طبقاً لكرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) للاتساق الداخلي بصيغته النهائية الكلية، ولكل متغير بجميع أبعاده من جهة، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (5) التالي:

جدول رقم (5)

قيمة معامل الثبات (الاتساق الداخلي) لكل مجال من مجالات الدراسة

رقم المتغير	أرقام الفقرات	اسم المتغير	معامل الثبات
1	33-1	الصحة التنظيمية	0.9215
2	61-34	مصادر ضغوط العمل	0.8947
2-1	61-1	كافة المتغيرات	0.9358

ويلاحظ من الجدول رقم (5) أن معاملات الثبات لمتغيرات الدراسة جاءت مرتفعه حيث بلغ معامل الثبات لكافة فقرات أداة الدراسة (الفا= 0.93.6) وهي نسبة ثبات عالية لأغراض التحليل الإحصائي والبحث العلمي.

7.3 المعالجة الإحصائية .

بغرض الإجابة على أسئلة الدراسة، واختبار صحة فرضياتها، تم استخدام الرزمة الإحصائية(Statistical Package For Social Sciences (SPSS في التحليل، من خلال استخدام الأساليب الإحصائية التالية :

1- مقاييس الإحصاء الوصفي (Descriptive Statistic Measures) وذلك لوصف خصائص عينة الدراسة، اعتماداً على النسب المئوية، والإجابة عن أسئلة الدراسة وترتيب أبعاد الدراسة حسب أهميتها النسبية بالاعتماد على متوسطاتها الحسابية.

2- مصفوفة ارتباط بيرسون (Pearson's Correlation Matrix) لإجراء فحص العلاقات الإرتباطية بين متغيرات الدراسة بمختلف أبعادها المستقلة والتابعة.

3-تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) لاختبار تأثير المتغير المستقل وأبعاده في المتغير التابع.

4- تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار تأثيرات المتغيرات الديموغرافية على تصورات المبحوثين إزاء المتغيرات وأبعادها المستقلة والتابعة، واختبار شفيه للمقارنات البعدية بين فئات المتغيرات الديموغرافية.

5- اختبار معامل تقييم التبـــاين (VIF) Variance Inflation Factor واختبـــار التباين المسموح (Tolerance) وذلك للتأكد من عدم وجـــود ارتبـــاط عـــالٍ (Multicollinarity) بين المتغيرات المستقلة .

6- اختبار (Skewness) للتأكد من أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

8.3 التعريفات الإجرائية :

1.8.3 المتغير المستقل:

الصحة التنظيمية : ويشير إلى الحالة التنظيمية النشطة والتي تتميز بها المنظمة الصحية (المستشفى) إيجابياً وتظهر مدى قدرتها على تنسيق جهود الأطباء والعناصر الأخرى العاملين بها وإمكانيتها على تحقيق التكامل والتنسيق بين أقسامها واستخدامها الأمثل لمواردها المتاحة واستجابتها للتغير والتطور وتفاعلها مع البيئة الخارجية وتوفير بيئة عمل داخلية إيجابية وتوفير الظرف الذي يمكن فيه التوفيق بين أهدافها وأهداف العاملين فيها حتى يستطيع الأطباء تقديم أفضل مستوى من الرعاية الطبية في إطار من الفاعلية والكفاءة ويتكون هذا المتغير من الأبعاد التالية:

أ.**وضوح الأهداف**: ويشير إلى الصياغة الواضحة لأهداف المستشفى وقابليتها للتحقيق وتطابقها مع أهداف الأطباء بحيث يستطيع الطبيب القيام بواجباته من خلال معرفته الدقيقة بأهداف المستشفى .

ب. **الثقة التنظيمية** : ويشير إلى أن إدارة المستشفى تقوم بتطبيق سياسات تنظيمية عادلة وإلى أن المعلومات التي تقدمها موثوق بها وصادقة وتتمتع إدارة المستشفى بالكفاءة والمعرفة العالية في مجال عملها .

ج. **المعنويات** : ويشير إلى شعور الأطباء بالرضا عن عملهم وارتفاع معنوياتهم للقيام بها وأن الراتب الذي يتقاضونة كافٍ بالمقارنة مع مستوى إنجازاتهم في العمل .

د. **التكيف** : ويشير إلى قدرة إدارة المستشفى على متابعة التغيرات في تكنولوجيا العلاج وأنها تضع الخطط السنوية لمواكبة هذه التغيرات وتضع برامج تطويرية لأقسامها وتحرص على صنع مركزها التنافسي بين المستشفيات الأخرى .

ه. **تسخير الموارد:** ويشير إلى إمكانية قيام إدارة المستشفى بالتنسيق الفاعل لجميع الموارد المتاحة وتشغيلها تشغيلاً كاملاً لتحقيق الفوائد الممكنة وإيجاد بدائل تعويضية في حال ندرة الموارد في البيئة .

و. **توازن السلطة** : ويشير إلى قيام إدارة المستشفى بالتوزيع العادل للسلطات بين العاملين وأن الطبيب يتمتع بصلاحيات تتناسب مع المسؤوليات المكلف بها وأن السلطة الممنوحة للطبيب توفر له المرونة في أداء عمله الطبي.

ز. **التماسك:** ويشير إلى قوة ترابط العلاقة ايجابياً بين إدارة المستشفى والأطباء والعاملين وكذلك ترابط أنشطة المستشفى فيما بينها كوحدة واحدة متكاملة، ومعظم العاملين يشعرون بتجاذب العلاقات في المستشفى .

ح. **ملاءمة الإتصالات:** ويشير إلى أن عملية نقل المعلومات والمعارف بين مستويات التنظيم في المستشفى تتم بصورة فاعلة والأطباء يتمتعون من خلال وظيفتهم في المستشفى بإتصالات مفتوحة لجميع الاتجاهات وأن الاتصالات المعتمدة في المستشفى تتوافق مع جميع المستويات التنظيمية .

ط. **الإبداع** : ويشير إلى قدرة المستشفى على توفير بيئة عمل تنظيمية للأطباء لإظهار إبداعاتهم وقيام إدارة المستشفى بدعم الأفكار الجديدة للاستفادة عمليا منها وعقد المناقشات الدورية لتحسين المهارات الإبداعية لدى العاملين .

ي. **ملاءمة أسلوب حل المشكلات:** ويشير إلى وجود نظام يتعامل مع المشكلات في المستشفى ويعمل على حلها بشكل فوري وبإسلوب علمي يحول دون توقف نشاطاتها وان هذا النظام قادر على تقييم الحلول التي يتعامل معها .

ك. **الاستقلالية** : ويشير إلى أن المستشفى يتمتع بالاستقلال الذاتي في اتخاذ قراراته وأن الأطباء في ذلك المستشفى يتمتعون بالاستقلالية المهنية دون تدخل الآخرين بأعمالهم.

2.6.3 المتغير التابع:

مصادر ضغوط العمل: ويشير إلى استجابة الأطباء للعوامل التي قد تؤدي إلى التوتر والإجهاد الذي يتعرض له الطبيب خلال فترة العمل ويتكون هذا المتغير من الأبعاد التالية .

أ . **مصادر الضغط الفردية** : ويشير إلى الملامح الشخصية والمتعلقة بالأطباء أنفسهم وتتمثل في (مفهوم الذات، القدرات والمهارات والخبرات، الحالة النفسية والجسمية، نمط الشخصية ، الصراع الشخصي) .

ب . **مصادر الضغط التنظيمية:** ويشير إلى الأبعاد والعناصر المتعلقة بالمستشفى وسياساتها ويتأثر بها الطبيب وتشمل (الهيكل التنظيمي، نظم الحوافز، سياسات التقييم، ضغوط التقنية، أهداف المنظمة، صنع القرار).

ج . **مصادر الضغط المادية** : ويشير إلى ظروف بيئة العمل المادية في المستشفى والتي تؤثر على الطبيب وتتمثل في (الضوضاء، الإضاءة، درجة الحرارة، التجهيزات، الأمن والسلامة المهنية) .

د . **مصادر الضغط الوظيفية:** ويشير إلى مجموعة من العوامل السلبية التي يتعرض لها الطبيب بسبب وظيفته وتتمثل في (غموض الدور، صراع الدور، عبء العمل، نوعية العمل، المستقبل الوظيفي، المسؤولية عن الآخرين).

هـ. **مصادر الضغوط الاجتماعية:** وهي مسببات ناتجة عن العلاقات العائلية والاجتماعية تؤثر على الطبيب وتتمثل في (الأسرة، الأصدقاء، العلاقات التبادلية، المرضى وذويهم).

3.6.3 المتغيرات الديموغرافيه:

التصنيف الفني. ويتمثل في الدرجة أو اللقب الذي يمنح للطبيب، بعد أن يبدأ بممارسة مهنته، ويتضمن خضوعه للقوانين التي تستند إليها نقابة الأطباء، والمجلس الطبي الأردني، وصنف الأطباء في هذه الدراسة إلى ثلاثة مستويات هي: الطبيب العام، الطبيب المقيم، الطبيب الأخصائي (الجرادين، 2004،14).

الطبيب العام (الامتياز): هو الطبيب الذي أنهى دراسة لا تقل عن ست سنوات أو ما يعادلها من كلية الطب من جامعة معترف بها، ويقوم بممارسة مهنته كطبيب

بموافقة من نقابة الأطباء، بينما لا يسمح له بإجراء أية عمليات جراحية مطلقاً، وهو غير متخصص .

الطبيب المقيم : هو الطبيب الذي يمارس مهنته كطبيب تحت الإشراف والتدريب داخل المستشفيات، وبأحد أنواع التخصصات الطبية لمدة لا تقل عن أربع سنوات تدريبية، في حين يسمح له بمعالجة المرضى، وإجراء العمليات الجراحية تحت إشراف من الطبيب المختص .

الطبيب الأخصائي: هو الطبيب الذي أنهى مدة تدريب في احد أنواع التخصصات الطبية داخل المستشفيات، وحصل على شهادة البورد الأردني، أو ما يعادله من الشهادات المعترف بها، في حين يسمح له بمزاولة مهنته كطبيب في المستشفيات أو العيادات الخاصة .

9.3 حدود الدراسة :

أن هذه الدراسة قد تحددت بما يلي:

الحدود الزمانية: اقتصرت هذه الدراسة على الفترة الزمانية بين 2004/10/01 ولغاية 2005/04/30 وهي فترة البحث النظري وتوزيع الاستبانه والتحليل الإحصائي .

الحدود المكانية : اقتصرت هذه الدراسة على أطباء القطاع الحكومي العاملين في المستشفيات الحكومية الأردنية في محافظات إقليم الوسط والمصنفين وظيفياً بـــ(طبيب عام، طبيب مقيم، طبيب أخصائي) .

الحدود المعلوماتية: منعاً للتشتت اختصرت الدراسة على دراسة أبعاد الصحة التنظيمية الإحدى عشرة ومصادر ضغوط العمل التي ورد ذكرها سابقاً.

الصعوبات : واجه الباحث خلال إعداد هذه الدراسة صعوبات منها : ندرة المراجع والدراسات العربية التي بحثت في مفهوم الصحة التنظيمية، وتردد المستشفيات في الإيعاز للأطباء العاملين فيها بتعبئة الاستبانة إلا بعد الحصول على موافقة خطية ورسمية من الوزارة .

الفصل الرابع

عرض وتحليل البيانات

فيما يلي عرض لنتائج التحليل الإجصائي الوصفي للبيانات، وهي قيمة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لجميع أبعاد الدراسة، والفقرات المكونة لكل بعد ، مع الأخذ بعين الاعتبار أن تدرج المقياس المستخدم في الدراسة كما يلي :

دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً على الإطلاق
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

واستناداً إلى ذلك فإن قيم المتوسطات الحسابية التي وصلت إليها الدراسة، سيتم التعامل معها لتفسير البيانات على النحو التالي :

مرتفع	متوسط	منخفض
3.5 فما فوق	3.49-2.5	2.49-1

وبناءً على ذلك فإذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للفقرات أكبر من (3.5) فيكون مستوى التصورات مرتفعاً، وهذا يعني موافقة أفراد المجتمع على الفقرة، أما إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي (2.5-3.49) فإن مستوى التصورات متوسطاً، وإذا كان المتوسط الحسابي أقل من (2.49) فيكون مستوى التصورات منخفضاً.

4. 1 الإجابة عن أسئلة الدراسة

الإجابة عن السؤال الأول: ما هي تصورات الأطباء المبحوثين لمستوى الصحة التنظيمية ومدى توافر كل بعد من أبعادها في المستشفيات الحكومية، وهذه الأبعاد هي: "وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات، الاستقلالية"؟

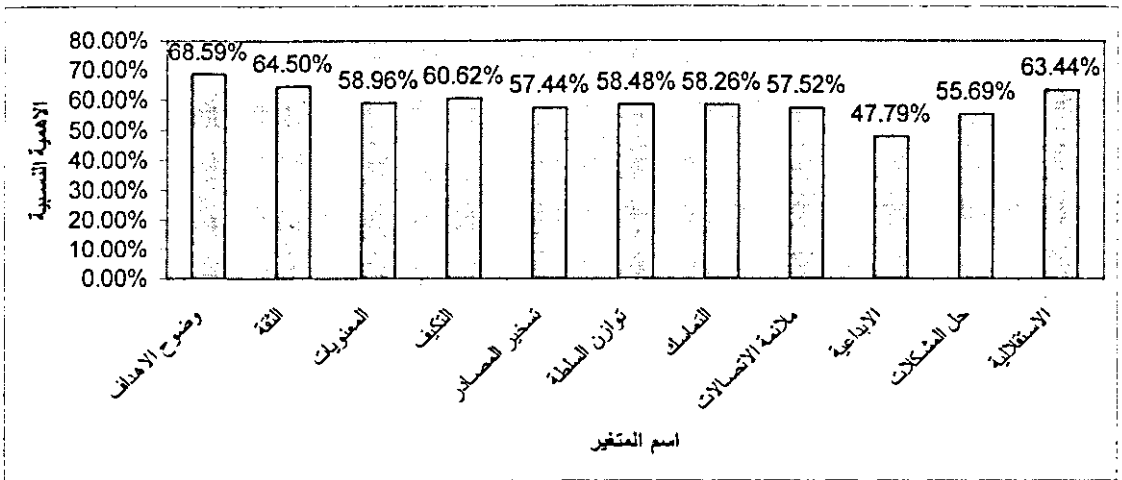
جدول رقم (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لتطورات الأطباء المبحوثين عن متغيرات مستوى الصحة التنظيمية.

تسلسل الفقرات	اسم المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب حسب الأهمية النسبية	المستوى حسب المتوسط
1-3	وضوح الأهداف	3.43	0.89	%68.59	1	متوسطة
4-6	الثقة	3.23	0.90	%64.50	2	متوسطة
7-9	المعنويات	2.95	0.98	%58.96	5	متوسطة
10-12	التكيف	3.03	1.02	%60.62	4	متوسطة
13-15	تسخير الموارد	2.87	0.92	%57.44	9	متوسطة
16-18	توازن السلطة	2.92	0.96	%58.48	6	متوسطة
19-21	التماسك	2.91	0.96	%58.26	7	متوسطة
22-24	ملاءمة الاتصالات	2.88	0.94	%57.52	8	متوسطة
25-27	الإبداعية	2.39	1.10	%47.79	11	منخفضة
28-30	حل المشكلات	2.78	1.03	%55.69	10	متوسطة
31-33	الاستقلالية	3.17	0.77	%63.44	3	متوسطة
1-33	الصحة التنظيمية مجتمعة	2.96	0.66	%59.21	-	متوسطة

يتبين من الجدول رقم (6) أن تصورات الأطباء المبحوثين العام لفقرات متغير الدراسة المستقل(مستوى الصحة التنظيمية) كان متوسطاً بمتوسط حسابي(2.96) وأهمية نسبية (59.21%)، واحتل بُعد وضوح الأهداف المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ(3.43)، وأهمية نسبية بلغت(68.59%)، تلاها بُعد(الثقة) بمتوسط حسابي بلغ(3.23)، وأهمية نسبية بلغت(64.50%)، وجاء في المرتبة الثالثة بُعد(الاستقلالية) بمتوسط حسابي بلغ(3.17)، وأهمية نسبية بلغت(63.44%)، يلي ذلك في المرتبة الرابعة بُعد(التكيف) بمتوسط حسابي بلغ(3.03)، وأهمية نسبية بلغت(60.62%)، وجاء في المرتبة الخامسة بُعد(المعنويات) بمتوسط حسابي بلغ(2.95)، وأهمية نسبية بلغت(58.96%)، وجاء في المرتبة السادسة بُعد(توازن السلطة) بمتوسط حسابي بلغ(2.62)، وأهمية نسبية بلغت(58.48%)، وأخيراً

احتل المرتبة الأخيرة بُعد الإبداعية إذ جاءت تصـــورات المبحــوثين لهــذا البعــد منخفضة بمتوسط حسابي بلغ(2.39)، وأهمية نسبية بلغــت(47.79%) وكمـــا هــو موضح في الشكل رقم(7).



الشكل رقم (7)
الأهمية النسبية لأبعاد الصحة التنظيمية

المصدر: الحسابات بالاعتماد على نتائج الدراسة

وتدل النتائج على أن أبعاد الصحة التنظيمية قــد تــوافرت بشــكل عــام فــي المستشفيات المبحوثة ولكن بدرجة متوسطة، إلا أن بعضها كان قد تــوفر بدرجـــة منخفضة كالإبداعية، وهذا مؤشر على أن البيئة المتوفرة في المستشفيات المبحوثة لا تشجع على الإبداع الذي ينظر اليه الأطباء والعاملين فيها.

الإجابة عن السؤال الثاني: ما هي تصورات الأطباء لمصادر ضــغوط العمــل وكل بعد من أبعادها في المستشفيات الحكومية وهذه المصـــادر هـــي: "المصـــادر الفردية، والمصادر التنظيمية، والمصادر المادية، والمصادر الوظيفيـــة، والمصـــادر الاجتماعية " ؟

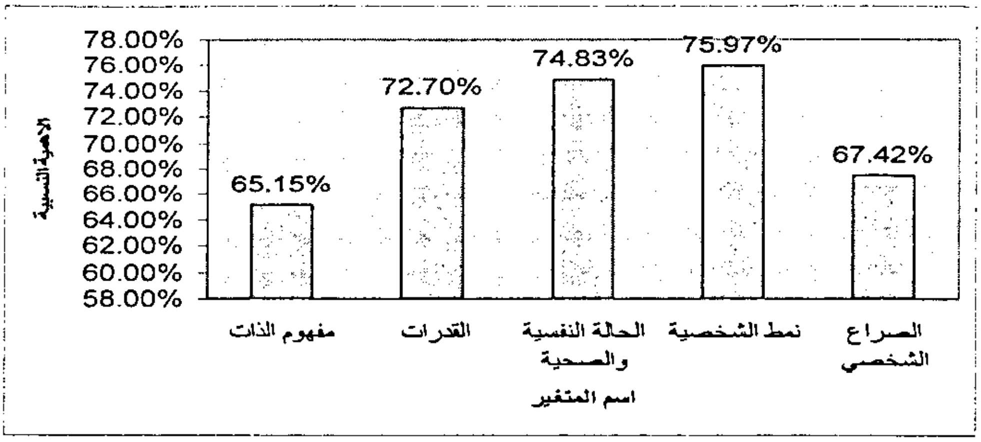
1- تصورات الأطباء لأبعاد مصادر الضغوط الفردية:

جدول رقم (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لتصورات الأطباء المبحوثين عن أبعاد مصادر الضغوط الفردية .

اسم البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب حسب الاهمية النسبة	المستوى بالنسبة للمتوسط
مفهوم الذات	3.26	1.01	%65.15	5	متوسط
القدرات	3.64	0.99	%72.70	3	مرتفع
الحالة النفسية والصحية	3.74	1.06	%74.83	2	مرتفع
نمط الشخصية	3.80	0.85	%75.97	1	مرتفع
الصراع الشخصي	3.37	0.92	%67.42	4	متوسط
الضغوط الفردية	3.56	0.67	%71.20	-	مرتفع

يتبين من الجدول رقم (7) أن تصورات الأطباء المبحوثين لمتغير الدراسة التابع (مصادر الضغوط الفردية) كانت مرتفعة بمتوسط حسابي بلغ(3.56) وأهمية نسبية (71.20%)، واحتل بُعد (نمط الشخصية) المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ(3.80)، وأهمية نسبية بلغت(75.97%)، تلاها بُعد(الحالة النفسية والصحية) بمتوسط حسابي بلغ(3.74)، وأهمية نسبية بلغت(74.83%)، وجاء في المرتبة الثالثة بُعد(القدرات) بمتوسط حسابي بلغ(3.64)، وأهمية نسبية بلغت(72.70%)، وجاء في المرتبة الرابعة بُعد(الصراع الشخصي) بمتوسط حسابي بلغ(3.37)، وأهمية نسبية بلغت(67.42%)، وأخيراً احتل المرتبة الأخيرة بُعد (مفهوم الذات) بمتوسط حسابي بلغ(3.26)، وأهمية نسبية بلغت(65.15%) والشكل رقم (8) يوضح ذلك .



الشكل رقم (8)

الأهمية النسبية لمصادر الضغوط الفردية

المصدر: الحسابات بالاعتماد على نتائج الدراسة

وتدل النتائج على أن مصادر ضغوط العمل الفردية مجتمعة جاءت مرتفعه، بمعنى أن الأطباء المبحوثين لديهم ضغوط بسبب نمط شخصيتهم وقدراتهم وحالتهم النفسية والصحية ومفهومهم لذاتهم وأنفسهم ومعاناتهم من حالات قد تولد لديهم الإحساس بالصراع الداخلي الشخصي .

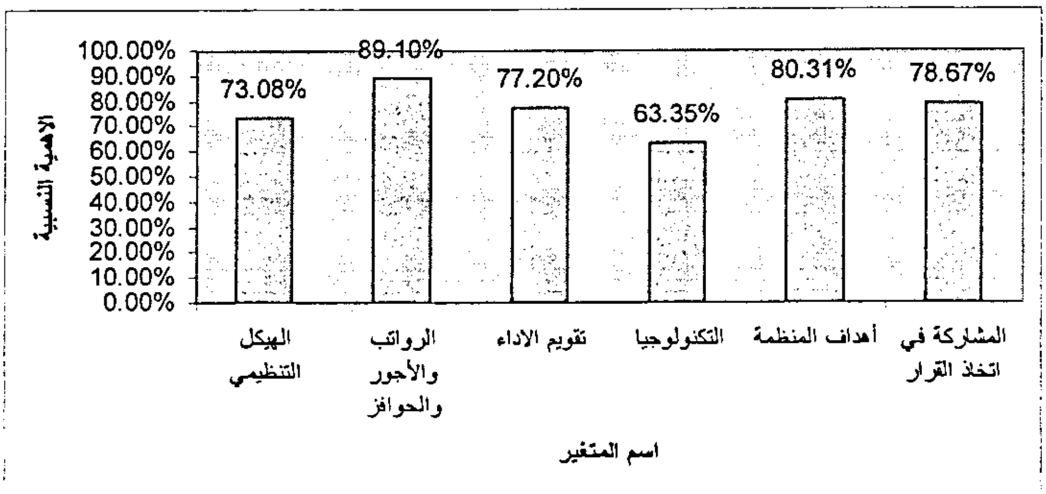
2- تصورات الأطباء لأبعاد مصادر الضغوط التنظيمية .

جدول رقم (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لتصورات الأطباء المبحوثين عن أبعاد مصادر الضغوط التنظيمية .

اسم البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب حسب الاهمية النسبة	المستوى بالنسبة للمتوسط
الهيكل التنظيمي	3.65	0.98	%73.08	5	مرتفع
الرواتب والأجور والحوافز	4.46	0.99	%89.10	1	مرتفع
تقويم الأداء	3.86	0.89	%77.20	4	مرتفع
التكنولوجيا	3.17	0.93	%63.35	6	متوسط
أهداف المنظمة	4.02	0.96	%80.31	2	مرتفع
المشاركة في اتخاذ القرار	3.93	0.84	%78.67	3	مرتفع
مصادر الضغوط التنظيمية	3.85	0.76	%76.94	-	مرتفع

يتبين من الجدول رقم (8) أن تصورات الأطباء المبحوثين لمتغير الدراسة التابع (مصادر الضغوط التنظيمية) بكافة أبعادها مجتمعة جاءت مرتفعة بمتوسط حسابي(3.85) وأهمية نسبية بلغت (76.94%)، واحتل بُعد (الرواتب والأجور والحوافز) المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ(4.46)، وأهمية نسبية بلغت(89.10%)، تلاه بُعد(أهداف المنظمة) بمتوسط حسابي بلغ(4.02)، وأهمية نسبية بلغت(80.31%)، وجاء في المرتبة الثالثة بُعد(المشاركة في اتخاذ القرار) بمتوسط حسابي بلغ(3.93)، وأهمية نسبية بلغت(78.67%)، في حين جاء في المرتبة الرابعة بُعد(تقويم الأداء) بمتوسط حسابي بلغ(3.86)، وأهمية نسبية بلغت(77.20%)، وأخيراً احتل المرتبة الأخيرة بُعد التكنولوجيا بمتوسط حسابي بلغ(3.17)، وأهمية نسبية بلغت(63.35%) والشكل رقم (9) يوضح ذلك .



الشكل رقم (9)

الأهمية النسبية لمصادر الضغوط التنظيمية

المصدر: الحسابات بالاعتماد على نتائج الدراسة

ويشير ذلك إلى أن نظام الحوافز والأجور والرواتب وتقويم الأداء والتكنولوجيا ويعد غموض الأهداف وعدم المشاركة في اتخاذ القرارات والهيكل التنظيمي في المستشفيات المبحوثة تشكل مصادر ضغوط تنظيمية قوية على عمل الأطباء المبحوثين في هذه الدراسة وبدرجة مرتفعة.

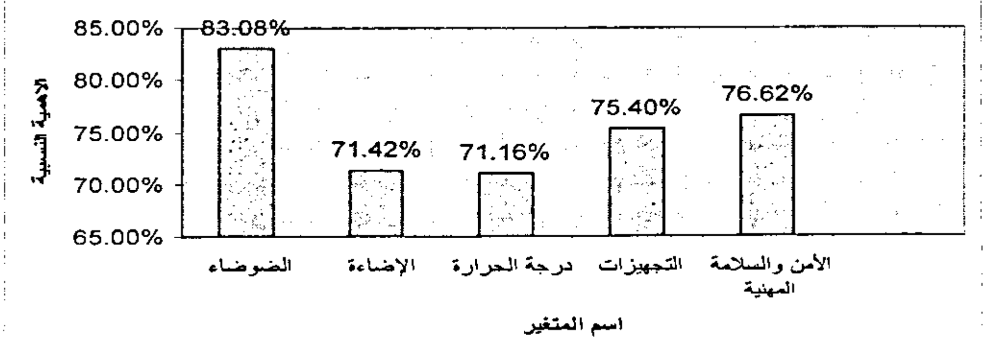
3- تصورات الأطباء لأبعاد مصادر الضغوط المادية

جدول رقم (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لتصورات الأطباء المبحوثين عن أبعاد مصادر الضغوط المادية.

اسم البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب حسب الاهمية النسبة	المستوى بالنسبة للمتوسط
الضوضاء	4.15	1.01	%83.08	1	مرتفع
الإضاءة	3.57	1.02	%71.42	4	مرتفع
درجة الحرارة	3.56	1.08	%71.16	5	مرتفع
التجهيزات	3.77	1.01	%75.40	3	مرتفع
الأمن والسلامة المهنية	3.83	1.02	%76.62	2	مرتفع
مصادر الضغوط المادية	3.78	0.82	%75.52	-	مرتفع

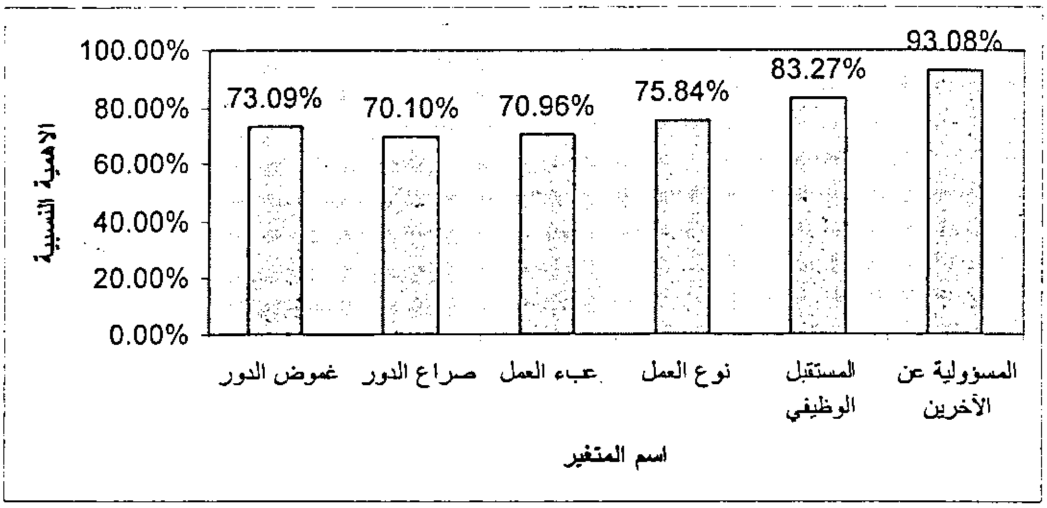
يتبين من الجدول رقم (9) أن تصورات الأطباء المبحوثين لفقرات متغير الدراسة التابع (مصادر الضغوط المادية) جاءت مرتفعة بمتوسط حسابي بلغ (3.78) وأهمية نسبية بلغت (75.52%)، واحتل(بُعد الضوضاء) المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ(4.15)، وأهمية نسبية بلغت(83.08%)، تلاها بُعد(الأمن والسلامة المهنية) بمتوسط حسابي بلغ(3.83)، وأهمية نسبية بلغت(76.62%)، وجاء في المرتبة الثالثة بُعد(التجهيزات) بمتوسط حسابي بلغ(3.77)، وأهمية نسبية بلغت(75.40%)، وأخيراً احتل المرتبة الأخيرة بُعد (درجة الحرارة) بمتوسط حسابي بلغ(3.56)، وأهمية نسبية بلغت(71.16%) والشكل رقم (10) يوضح ذلك



الشكل رقم (10)

الأهمية النسبية لمصادر الضغط المادية

المصدر: الحسابات بالاعتماد على نتائج الدراسة



الشكل رقم (11)

الأهمية النسبية لمصادر الضغط الوظيفية

المصدر: الحسابات بالاعتماد على نتائج الدراسة

وهذه النتائج تؤثر على الوظيفة التي يقوم بها الأطباء المبحوثين لتشكل مصدر ضغط آخر، حيث دور الطبيب غير محدد وغير واضح، وعبء العمل ونوعيته لا يتناسب ووقت الطبيب وكذلك المهارات التي يتمتع بها غير ملاءمة ويعمل الطبيب لمستقبل غير واضح المعالم أو غامض على الأقل بالنسبة له الامر الذي يشكل مصدر ضغط عليه .

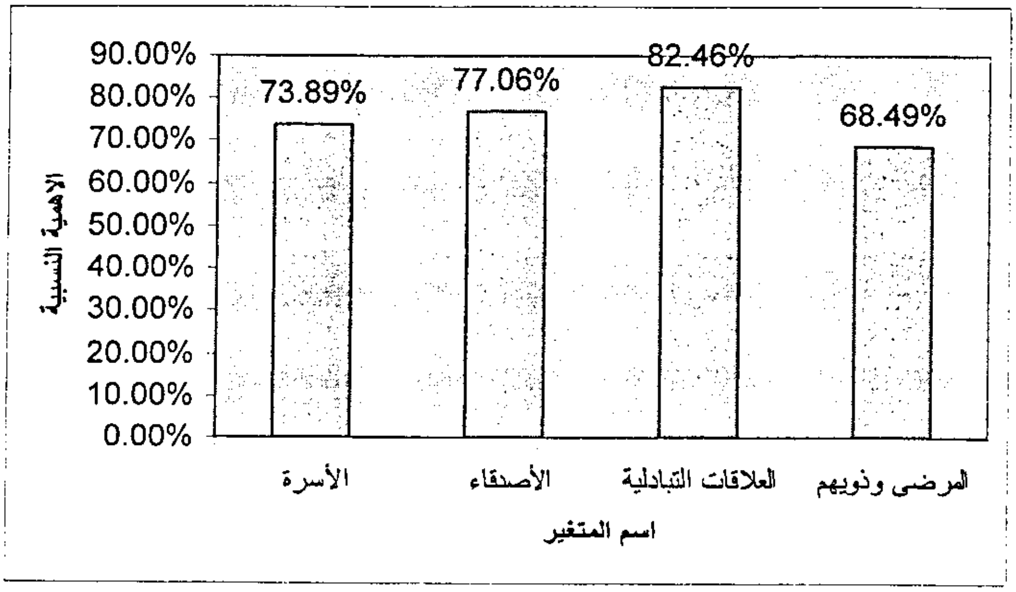
5- تصورات الأطباء لأبعاد مصادر ضغوط العمل الاجتماعية

جدول رقم (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لتصورات الأطباء المبحوثين عن أبعاد مصادر الضغوط الاجتماعية.

اسم البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب حسب الاهمية النسبة	المستوى بالنسبة للمتوسط
الأسرة	3.69	0.98	%73.89	3	مرتفع
الأصدقاء	3.85	0.85	%77.06	2	مرتفع
العلاقات التبادلية	4.12	0.99	%82.46	1	مرتفع
المرضى وذويهم	3.42	0.75	%68.49	4	متوسط
مصادر الضغوط الاجتماعية	3.77	0.62	%75.46	-	مرتفع

يتبين من الجدول رقم(11) أن تصورات الأطباء المبحوثين لابعاد متغير الدراسة التابع (مصادر الضغوط الاجتماعية مجتمعة) جاءت مرتفعه بمتوسط حسابي بلغ(3.77) وأهمية نسبية بلغت (75.46%)، واحتل بُعد العلاقات التبادلية المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ(4.12)، وأهمية نسبية بلغت(82.46%)، تلاه بُعد(الأصدقاء) بمتوسط حسابي بلغ(3.85)، وأهمية نسبية بلغت(77.06%)، وجاء في المرتبة الثالثة بُعد(الأسرة) بمتوسط حسابي بلغ(3.69)، وأهمية نسبية بلغت(73.89%)، وأخيراً احتل المرتبة الأخيرة بُعد المرضى وذويهم بمتوسط حسابي بلغ(3.42)، وأهمية نسبية بلغت(68.49%) والشكل رقم (11) يوضح ذلك .



الشكل رقم (12)

الأهمية النسبية لمصادر الضغوط الاجتماعية

المصدر: الحسابات بالاعتماد على نتائج الدراسة

ولعل ذلك يشير إلى أن الأطباء يعانون من الظروف الاجتماعية المحيطة بهم فلديهم مشاكل أسريه وأصدقاء كثيري الطلبات، وعلاقات عمل غير سليمة تتسم بعدم التعاون، وكثرة الإلحاح من ذوي المرضى والتدخل في عمل الأطباء مما يشكل عامل ضغط عليهم.

الإجابة عن السؤال الثالث: ما هي العلاقة الإرتباطية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة ؟

ومن أجل الإجابة على هذا التساؤل تم استخدام معامل ارتباط(بيرسون) لتحديد علاقات الارتباط بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة، وكانت النتائج على النحو التالي :

جدول رقم (12)

مصفوفة معاملات الارتباط بين الصحة التنظيمية وكل بعد من أبعادها ومصادر ضغوط العمل وكل بعد من أبعادها

المتغيرات التابعة / المتغيرات المستقلة	الضغوط الفردية	الضغوط التنظيمية	الضغوط المادية	الضغوط الوظيفية	الضغوط الاجتماعية	مصادر الضغوط مجتمعة
وضوح الأهداف	*0.456-	*0.344-	*0.388-	*0.392-	*0.434-	*0.496-
الثقة	*0.403-	*0.248-	*0.323-	*0.309-	*0.394-	*0.396-
المعنويات	*0.494-	*0.267-	*0.310-	*0.298-	*0.340-	*0.395-
التكيف	*0.503-	*0.281-	*0.295-	*0.296-	*0.345-	*0.392-
تسخير الموارد	*0.465-	*0.353-	*0.357-	*0.387-	*0.414-	*0.475-
توازن السلطة	*0.443-	*0.272-	*0.289-	*0.300-	*0.357-	*0.388-
التماسك	*0.452-	*0.267-	*0.266-	*0.284-	*0.324-	*0.378-
ملاءمة الاتصالات	*0.464-	*0.360-	*0.305-	*0.349-	*0.371-	*0.440-
الإبداعية	*0.486-	*0.286-	*0.252-	*0.266-	*0.316-	*0.365-
حل المشكلات	*0.467-	*0.330-	*0.319-	*0.338-	*0.342-	*0.420-
الاستقلالية	*0.584-	*0.410-	*0.398-	*0.438-	*0.440-	*0.531-
الصحة التنظيمية مجتمعة	*0.547-	*0.344-	*0.350-	*0.358-	*0.409-	*0.469-

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α=0.01)

يوضح الجدول رقم(12) درجات العلاقة الارتباطيه بين الصحة التنظيمية ومصادر ضغوط العمل، بصورة بعدية منفردة، وبصورة كلية مجتمعة، حيث جاءت قيم معاملات الارتباط معنوية وسلبية، وهذا يدل على مدى العلاقة العكسية القوية

بين المتغير الكلي المستقل والمتغير الكلي التابع، حيث بلغت قوة العلاقة الارتباطية(-0.469) وبلغت قوة العلاقة الارتباطية على صعيد البعد المنفرد (الاستقلالية) (-0.531) وهي أقوى علاقة ارتباطية بين هذا البعد المستقل وبين المتغير الكلي التابع، وكانت أيضاً قيم معاملات الارتباط لبقية الأبعاد المستقلة متوسطة في علاقتها مع البعد التابع (مصادر ضغوط العمل) حيث بلغت قوة العلاقة الارتباطية لوضوح الأهداف(-0.496) ولحل المشكلات (-0.420) ولملاءمة الاتصالات(-0.440) ولتسخير الموارد(-0.475)، ويستدل من هذه النتائج بأن للصحة التنظيمية دوراً هاماً في التخفيف والحد من مصادر ضغوط العمل، وترتبط معه بعلاقات ارتباط متوسطة وسلبية، على أساس بُعدي منفرد، أو على أساس كلي مجتمع بقيم معاملات الارتباط بين المتغير المستقل(الصحة التنظيمية مجتمعة) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(-0.547) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل(الصحة التنظيمية) في المتغير التابع(الضغوط التنظيمية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(-0.344).

أما فيما يتعلق بقيم معاملات الارتباط بين المتغير المستقل(وضوح الأهداف) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (مصادر الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(-0.456) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل(وضوح الأهداف) في المتغير التابع(الضغوط التنظيمية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(-0.344).

أما فيما يتعلق بقيم معاملات الارتباط بين المتغير المستقل(الثقة) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(-0.403) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي

العلاقة التي ربطت المتغير المستقل(الثقة) في المتغير التابع(الضغوط التنظيمية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(0.248−)

وفيما يتعلق بقيم معاملات الارتباط بين المتغير المستقل(المعنويات) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(0.494−) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل(المعنويات) في المتغير التابع(الضغوط التنظيمية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(0.267−).

وفيما يتعلق بقيم معاملات الارتباط بين المتغير المستقل(التكيف) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(0.503−) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل(التكيف) في المتغير التابع(الضغوط التنظيمية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(0.281−).

أما بالنسبة لتسخير الموارد، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(0.465−) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل(تسخير الموارد) في المتغير التابع(الضغوط التنظيمية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(0.353−).

وفيما يتعلق بقيم معاملات الارتباط بين المتغير المستقل(توازن السلطة) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(0.443−) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل(توازن السلطة) في المتغير التابع(الضغوط التنظيمية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(0.272−).

أما فيما يتعلق بقيم معاملات الارتباط بين المتغير المستقل (التماسك) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(0.452-) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل(التماسك) في المتغير التابع(الضغوط المادية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(0.266-).

وفيما يتعلق بقيم معاملات الارتباط بين المتغير المستقل(ملاءمة الاتصالات) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(0.464-) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل (ملاءمة الاتصالات) في المتغير التابع (الضغوط المادية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(0.305-).

أما بالنسبة لقيم معاملات الارتباط بين المتغير المستقل(الإبداعية) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(0.486-) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل(الإبداعية) في المتغير التابع(الضغوط التنظيمية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(0.252-).

وفيما يتعلق بقيم معاملات الارتباط بين المتغير المستقل(حل المشكلات) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(0.467-) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل(حل المشكلات) في المتغير التابع(الضغوط المادية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(0.309-).

أما معاملات الارتباط بين المتغير المستقل (الاستقلالية) والأبعاد التابعة، فلقد أشارت النتائج إلى أن هنالك علاقات ارتباطية سلبية بين هذه المتغيرات، وكانت أقوى هذه العلاقات مع البعد التابع (الضغوط الفردية) حيث بلغت قوة هذه العلاقة الارتباطية(-0.584) في حين كانت أضعف هذه العلاقات هي العلاقة التي ربطت المتغير المستقل (حل المشكلات) في المتغير التابع (الضغوط المادية) حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية(-0.398).

وتشير جميع هذه العلاقات بين المتغيرات مجتمعه وبينها كأبعاد منفردة بأنها سلبية وعكسية، وهذا يؤكد بأن توفر أبعاد الصحة التنظيمية يحد من مصادر ضغوط العمل وقد يساعد على إزالتها، كون الصحة التنظيمية عامل مهم في تخفيف هذه المصادر والعكس يكون صحيحاً.

4. 2 اختبار الفرضيات:

قبل البدء في تطبيق تحليل الانحدار لاختبار فرضيات الدراسة، قام الباحث بإجراء اختبارات معامل تضخم التباين، والتباين المسموح به ومعامل الالتواء وذلك من أجل ضمان ملاءمة البيانات لافتراضات تحليل الانحدار، وذلك على النحو التالي:

تم التأكد من عدم وجود ارتباط عالٍ (Multicollinearity) بين المتغيرات المستقلة باستخدام اختبار معامل تضخم التباين(VIF) (Variance Inflation Factor) واختبار التباين المسموح(Tolerance) لكل متغير من المتغيرات المستقلة، مع مراعاة عدم تجاوز معامل تضخم التباين(VIF) للقيمة(10) وقيمة اختبار التباين المسموح (Tolerance) أكبر من(0.05) وتم أيضاً التأكد من إتباع البيانات للتوزيع الطبيعي(Normal Distribution) باحتساب معامل الالتواء(Skewness) مراعين في ذلك أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي إذا كانت قيمة معامل الالتواء تقل عن(1)، والجدول رقم(13) يبين نتائج هذه الاختبارات.

الجدول رقم(13)

اختبار معامل تضخم التباين والتباين المسموح ومعامل الالتواء

المتغيرات المستقلة	VIF معامل التباين	Tolerance التباين المسموح	Skewness الالتواء
وضوح الأهداف	2.59	0.17	0.61-
الثقة	1.11	0.24	0.57-
المعنويات	2.08	0.19	0.87-
التكيف	2.45	0.15	0.62-
تسخير الموارد	2.01	0.20	0.79-
توازن السلطة	2.53	0.15	0.32-
التماسك	2.44	0.16	0.81-
ملاءمة الاتصالات	2.65	0.18	0.93-
الإبداعية	3.48	0.13	0.40-
حل المشكلات	3.20	0.16	0.54-
الاستقلالية	1.76	0.36	0.81-

نلاحظ أن قيم اختبار معامل تضخم التباين(VIF) لجميع المتغيرات تقل عن 10 وتتراوح بين(1.11-3.48)، وأن قيم اختبار التباين المسموح (Tolerance) تراوحت بين(0.13-0.36)، ويعد هذا مؤشراً على عدم وجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة(Multicollinearity)، وقد تم التأكد من أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي باحتساب معامل الالتواء(Skewness)، حيث كانت القيم أقل من (1)، وسيتم التأكد من صلاحية النموذج لكل فرضية على حدا.

جدول رقم (14)

نتائج تحليل التباين للانحدار(Analysis Of Variance) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار فرضيات الدراسة.

التابع	المصدر	معامل التحديد R^2	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى دلالة F
المصادر الفردية	الانحدار		11	72.60	6.60	23.83	•0.000
	الخطأ	0.390	410	113.56	0.28		
	الكلي		421	186.16			
المصادر التنظيمية	الانحدار		11	60.38	5.49	11.91	•0.000
	الخطأ	0.242	410	188.96	0.46		
	الكلي		421	249.33			
المصادر المادية	الانحدار		11	64.56	5.87	11.14	•0.000
	الخطأ	0.230	410	215.89	0.53		
	الكلي		421	280.45			
المصادر الوظيفية	الانحدار		11	42.58	3.87	15.53	•0.000
	الخطأ	0.294	410	102.14	0.25		
	الكلي		421	144.72			
المصادر الاجتماعية	الانحدار		11	60.62	5.51	12.99	•0.000
	الخطأ	0.259	410	173.89	0.24		
	الكلي		421	234.51			

• ذات دلالة إحصائية على مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)

قيمة (F) الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) ودرجات حرية (11، 410) = 1.88

يوضح الجدول رقم (14) صلاحية نموذج اختبار فرضيات الدراسة، نظراً لارتفاع قيمة(F) المحسوبة عن قيمتها الجدولية على مستوى دلالة($\alpha \leq 0.01$) ودرجات حرية (11، 410) والبالغة(1.88)، حيث أن أبعاد الصحة التنظيمية تفسر ما مقداره(39%) من التباين في بُعد(مصادر ضغوط العمل الفردية)، كما تُفسر أيضا ما مقدارة(24.2%) من التباين في بُعد (مصادر ضغوط العمل التنظيمية)، وتُفسر أيضاً ما مقداره (23%) من التباين في بُعد(مصادر ضغوط العمل المادية)، وفسرت أبعاد الصحة التنظيمية ما مقداره(29.4%) من التباين في بُعد(مصادر ضغوط العمل الوظيفية)، وأخيراً فسرت أبعاد الصحة التنظيمية ما مقداره (25.9%)

من التباين في بُعد(مصادر ضغوط العمل الاجتماعية)، وجميع ذلك يؤكد دور وأثر أبعاد الصحة التنظيمية في تفسير الأبعاد التابعة لمصادر ضغوط العمل.

الفرضية الأولى: لا يوجد أثر هام ذو دلاله إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) او اقل لأبعاد الصحة التنظيمية(وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات، الاستقلالية) في (مصادر ضغوط العمل الفردية).

جدول رقم (15)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر الصحة التنظيمية بإبعادها المختلفة في مصادر ضغوط العمل الفردية.

الصحة التنظيمية	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t
وضوح الأهداف	0.085-	0.072	0.100-	**1.176-	0.240
الثقة	0.168-	0.064	0.205-	*2.606-	*0.000
المعنويات	0.072-	0.057	0.087-	**1.270-	0.205
التكيف	0.112-	0.059	0.242-	*2.948-	*0.000
تسخير الموارد	0.052-	0.067	0.064-	**0.790-	0.430
توازن السلطة	0.098-	0.055	0.012-	**0.182-	0.856
التماسك	0.053-	0.067	0.068-	**0.794-	0.427
ملاءمة الاتصالات	0.042-	0.072	0.053-	**0.597-	0.551
الإبداعية	0.274-	0.062	0.207-	*2.648-	*0.010
حل المشكلات	0.035-	0.068	0.046-	**0.525-	0.600
الاستقلالية	0.409-	0.054	0.429-	*7.513-	*0.000

* ذات دلالة إحصائية على مستوى($\alpha \geq 0.01$)

** غير دالة.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم(15)، ومن متابعة معاملات(Beta)، واختبار(t) أن المتغيرات الفرعية التالية والمتعلقة(الثقة، والتكيف، والإبداعية، والاستقلالية) هي أكثر متغيرات الصحة التنظيمية تأثيراً في مصادر ضغوط العمل الفردية، بدلالة إرتفاع قيم (t) المحسوبة والبالغة(‎−2.606، ‎−2.948، ‎−2.648، ‎−7.513)، وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة (2.326) عند مستوى دلالة (α= 0.01).

وأشارت النتائج أن المتغيرات الفرعية والمتعلقة بـ(وضوح الأهداف، المعنويات، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، حل المشكلات) ليس لها أثر في مصادر ضغوط العمل الفردية بدلالة إنخفاض قيم(t) المحسوبة لهذه المتغيرات عن قيمتها الجدولية .

ومما سبق يقتضي ما يلي:

1. رفض الفرضية الأولى التي تنص على أنه لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات الصحة التنظيمية (الثقة، والتكيف، والإبداعية، والاستقلالية) في مصادر ضغوط العمل الفردية، وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على وجود اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات الصحة التنظيمية (الثقة، والتكيف، والإبداعية، والاستقلالية) في (مصادر ضغوط العمل الفردية).
2. قبول الفرضية الأولى التي تنص على أنه لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات (وضوح الأهداف، المعنويات، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، حل المشكلات) في (مصادر ضغوط العمل الفردية).

جدول (16)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي "Stepwise Multiple Regression" للتنبؤ بمصادر ضغوط العمل الفردية من خلال أبعاد الصحة التنظيمية كمتغيرات مستقلة

ترتيب دخول العناصر المستقلة في معادلة التنبؤ	قيمة R^2 معامل التحديد	قيمة T المحسوبة*	مستوى دلالة T*
الاستقلالية	0.341	*7.89-	*0.000
التكيف	0.368	**2.30-	0.022
الإبداعية	0.374	**2.04-	0.042

* ذات دلالة إحصائية على مستوى (α ≥ 0.01)
** ذات دلالة إحصائية على مستوى (α ≥ 0.05) او اقل

وعند إجراء تحليل الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise Multiple Regression) لتحديد أهمية كل متغير مستقل على حده في المساهمة في النموذج الرياضي الذي يمثل أثر أبعاد الصحة التنظيمية (وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية،

حل المشكلات، الاستقلالية) في مصادر ضغوط العمل الفردية، يوضح الجدول رقم(16) ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار، فقد احتل بعد (الاستقلالية) المرتبة الأولى وفسر ما مقداره(34.1%) من التباين في المتغير التابع، تلاه متغير التكيف وفسر مع متغير الاستقلالية(36.8%) من التباين في المتغير التابع، ودخل أخيراً متغير (الإبداعية) حيث فسر مع المتغيرات السابقة ما مقداره (37.4%) من التباين بمصادر (ضغوط العمل الفردية) كمتغير تابع، مما يشير إلى أن هذه المتغيرات أكثر المتغيرات تفسيراً لمصادر (ضغوط العمل الفردية) أما بقية المتغيرات فقد خرجت من معادلة الانحدار بمعنى أن تأثيرها يكون غير معنوي.

الفرضية الثانية: لا يوجد أثر هام ذو دلاله إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) فاقل لأبعاد الصحة التنظيمية (وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات، الاستقلالية) في (مصادر ضغوط العمل التنظيمية).

جدول رقم (17)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر الصحة التنظيمية بإبعادها المختلفة في مصادر ضغوط العمل التنظيمية.

الصحة التنظيمية	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t
وضوح الأهداف	0.32-	0.13	0.24-	**2.21-	0.019
الثقة	0.27-	0.11	0.25-	**2.23-	0.016
المعنويات	0.21-	0.11	0.19-	***1.62-	0.051
التكيف	-0.006	0.11	0.01-	***0.06-	0.956
تسخير الموارد	0.31-	0.11	0.28-	*2.88-	0.004
توازن السلطة	0.33-	0.12	0.29-	*2.90-	0.000
التماسك	0.084-	0.12	0.08-	***0.72-	0.474
ملاءمة الاتصالات	0.29-	0.16	0.27-	*2.49-	0.010
الإبداعية	0.19-	0.16	0.19-	***1.46-	0.101
حل المشكلات	0.11-	0.12	0.01-	***0.92-	0.357
الاستقلالية	0.54-	0.09	0.42-	*5.91-	0.000

* ذات دلالة إحصائية على مستوى($\alpha \leq 0.01$)

** ذات دلالة إحصائية على مستوى($\alpha \leq 0.05$) فاقل

*** غير دالة.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم(17)، ومن متابعة معاملات (Beta)، واختبار(t) أن المتغيرات الفرعية التالية (تسخير الموارد، وتوازن السلطة، وملاءمة الاتصالات، والاستقلالية) هي أكثر متغيرات الصحة التنظيمية تأثيراً في مصادر ضغوط العمل التنظيمية، لهذه المتغيرات بدلالة ارتفاع قيم (t) المحسوبة والبالغة(-2.88، -2.90، -2.49، -5.91)، وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة (2.326) عند مستوى دلالة (α= 0.01).

وأشارت النتائج أن المتغيرات الفرعية (وضوح الأهداف، والثقة) لها أثر في مصادر ضغوط العمل التنظيمية بدليل ارتفاع قيم (t) المحسوبة والبالغة(-2.21، -2.23)، وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة(1.645) عند مستوى دلالة (α= 0.05).

وأشارت النتائج إلى أن المتغيرات الفرعية (المعنويات، والتكيف، الإبداعية، وحل المشكلات) ليس لها أثر في مصادر ضغوط العمل التنظيمية، حيث كانت قيم(t) المحسوبة لهذه المتغيرات اقل من قيمتها الجدولية.

ومما سبق يقتضي ما يلي:

1. رفض الفرضية الثانية التي تنص على أنه لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات الصحة التنظيمية(تسخير الموارد، وتوازن السلطة، والاستقلالية، ووضوح الأهداف، والثقة، وملاءمة الاتصالات) في مصادر ضغوط العمل التنظيمية، وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على وجود اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات الصحة التنظيمية(تسخير الموارد، وتوازن السلطة، والاستقلالية، ووضوح الأهداف، والثقة، وملاءمة الاتصالات) في (مصادر ضغوط العمل التنظيمية).
2. قبول الفرضية الثانية التي تنص على أنه لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات (المعنويات، والتكيف، والإبداعية، وحل المشكلات) في مصادر (ضغوط العمل التنظيمية).

جدول(18)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي "Stepwise Multiple Regression"

للتنبؤ بمصادر ضغوط العمل التنظيمية من خلال أبعاد الصحة التنظيمية

ترتيب دخول العناصر المستقلة في معادلة التنبؤ	قيمة R^2 معامل التحديد	قيمة T المحسوبة*	مستوى دلالة T*
الاستقلالية	0.168	*5.64-	*0.000
تسخير الموارد	0.177	*3.11-	*0.002
توازن السلطة	0.194	*3.02-	*0.003
ملاءمة الاتصالات	0.219	*3.21-	*0.001

•ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.05$) فاقل

وعند إجراء تحليل الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise Multiple Regression) لتحديد أهمية كل متغير مستقل على حده في المساهمة في النموذج الرياضي، الذي يمثل أثر أبعاد الصحة التنظيمية(وضوح الأهداف، والثقة، والمعنويات، والتكيف، وتسخير الموارد، وتوازن السلطة، والتماسك، وملاءمة الاتصالات، والإبداعية، وحل المشكلات، والاستقلالية) في (مصادر ضغوط العمل التنظيمية)، كما يوضح الجدول رقم (18) ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار، وقد احتل المرتبة الأولى بعد (الاستقلالية) وفسر ما مقداره (16.8%) من التباين في المتغير التابع، تلاه متغير (تسخير الموارد) وفسر مع متغير الاستقلالية (17.7%) من التباين في المتغير التابع، وتلا ذلك في المرتبة الثالثة متغير(توازن السلطة) وفسر مع متغير الاستقلالية وتسخير الموارد (19.4%) من التباين في المتغير التابع، ودخل أخيراً متغير (ملاءمة الاتصالات) حيث فسر مع المتغيرات السابقة ما مقداره(21.9%) من التباين بـــ (مصادر ضغوط العمل التنظيمية) كمتغير تابع، وهذا يعني أن هذه الأبعاد الأربعة الواردة في الجدول أعلاه أكثر المتغيرات تفسيراً لمصادر ضغوط العمل التنظيمية، وخرجت جميع المتغيرات الأخرى من معادلة الانحدار بمعنى تأثيرها قد يكون معدوماً في (ضغوط العمل التنظيمية) وغير معنوي.

الفرضية الثالثة: لا يوجد أثر هام ذو دلاله إحصائية عند مستوى دلاله ($\alpha \leq 0.05$) فاقل لأبعاد الصحة التنظيمية (وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات، الاستقلالية) في مصادر ضغوط العمل المادية .

جدول رقم (19)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر الصحة التنظيمية بأبعادها المختلفة في مصادر ضغوط العمل المادية.

الصحة التنظيمية	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t
وضوح الأهداف	0.51-	0.14	0.37-	*3.60-	*0.000
الثقة	0.11-	0.12	0.09-	**0.99-	0.324
المعنويات	0.17-	0.11	0.02-	**0.15-	0.880
التكيف	0.04-	0.12	0.03-	**0.29-	0.77
تسخير الموارد	0.25-	0.12	0.20-	*2.57-	*0.009
توازن السلطة	0.15-	0.13	0.12-	**1.09-	0.273
التماسك	0.12-	0.13	0.11-	**0.97-	0.334
ملاءمة الاتصالات	0.04-	0.12	0.03-	**0.29-	0.775
الإبداعية	0.36-	0.12	0.34-	*2.90-	*0.004
حل المشكلات	0.20-	0.13	0.17-	**1.56-	0.107
الاستقلالية	0.48-	0.10	0.36-	*4.96-	*0.000

* ذات دلالة إحصائية على مستوى($\alpha \leq 0.05$) فاقل

** غير دالة.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم(19)، ومن متابعة معاملات (Beta)، واختبار(t) أن المتغيرات الفرعية التالية (وضوح الأهداف، وتسخير الموارد، والإبداعية، والاستقلالية) هي أكثر متغيرات الصحة التنظيمية تأثيراً في مصادر ضغوط العمل المادية، بدلالة ارتفاع قيم (t) المحسوبة والبالغة(-3.60، -2.57، -2.90، -4.96)، وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة(2.326) عند مستوى دلالة (α= 0.01).

وأشارت النتائج إلى أن المتغيرات الفرعية (الثقة، والمعنويات، والتكيف، وتوازن السلطة، والتماسك، وملاءمة الاتصالات، وحل المشكلات) ليس لها أثر في مصادر ضغوط العمل المادية بدلالة انخفاض قيم(t) المحسوبة عن قيمتها الجدولية.

ومما سبق يقتضي ما يلي:

1 . رفض الفرضية الثالثة التي تنص على أنه لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات الصحة التنظيمية (وضوح الأهداف، وتسخير الموارد، والإبداعية، والاستقلالية) في ضغوط العمل المادية، وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على وجود اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات الصحة التنظيمية (وضوح الأهداف، وتسخير الموارد، والإبداعية، والاستقلالية) في مصادر ضغوط العمل المادية.

2. قبول الفرضية الثالثة التي تنص على أنه لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات(الثقة، والمعنويات، والتكيف، وتوازن السلطة، والتماسك، وملاءمة الاتصالات، وحل المشكلات) في مصادر ضغوط العمل المادية.

جدول (20)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي "Stepwise Multiple Regression"

للتنبؤ بمصادر ضغوط العمل المادية من خلال أبعاد الصحة التنظيمية

ترتيب دخول العناصر المستقلة في معادلة التنبؤ	قيمة R^2 معامل التحديد	قيمة T المحسوبة*	مستوى دلالة T*
الاستقلالية	0.158	5.37-	*0.000
وضوح الأهداف	0.182	5.07-	*0.000
الإبداعية	0.210	3.84-	*0.000

• ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

وعند إجراء تحليل الإنحدار المتعدد التدريجي (Stepwise Multiple Regression) لتحديد أهمية كل متغير مستقل على حدة في المساهمة في النموذج الرياضي، الذي يمثل أثر أبعاد الصحة التنظيمية (وضوح الأهداف، والثقة، والمعنويات، والتكيف، وتسخير الموارد، وتوازن السلطة، والتماسك، وملاءمة الاتصالات، والإبداعية، وحل المشكلات، والاستقلالية) في (مصادر ضغوط العمل المادية)، ويوضح الجدول رقم(20) ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة

الانحدار، وقد احتل المرتبة الأولى بعد (الاستقلالية) وفسر ما مقداره(15.8%) من التباين في المتغير التابع، تلاه متغير (وضوح الأهداف) وفسر مع متغير الاستقلالية (18.2%) من التباين في المتغير التابع، ودخل أخيراً متغير (الإبداعية) حيث فسر مع المتغيرات السابقة ما مقداره(21%) من التباين بـ (مصادر ضغوط العمل المادية) كمتغير تابع، وعليه فإن (الاستقلالية ووضوح الأهداف والإبداعية) هي أكثر المتغيرات تفسيرا لضغوط العمل المادية ،في حين أن المتغيرات الأخرى ليس لها أي دور في تفسير هذا النوع من الضغوط.

الفرضية الرابعة: لا يوجد أثر هام ذو دلاله إحصائية عند مستوى دلاله ($\alpha \leq 0.05$)فأقل لأبعاد الصحة التنظيمية (وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات، الاستقلالية) في مصادر ضغوط العمل الوظيفية.

جدول رقم (21)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر الصحة التنظيمية بإبعادها المختلفة في مصادر ضغوط العمل الوظيفية.

الصحة التنظيمية	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمةt المحسوبة	مستوى دلالة t
وضوح الأهداف	0.39-	0.09	0.43-	*3.96-	*0.000
الثقة	0.21-	0.08	0.23-	*2.54-	*0.009
المعنويات	0.13-	0.07	0.17-	**1.58-	0.094
التكيف	0.07-	0.08	0.01-	**0.079-	0.94
تسخير الموارد	0.26-	0.08	0.31-	*3.06-	*0.000
توازن السلطة	0.11-	0.09	0.14-	**1.22-	0.22
التماسك	0.05-	0.09	0.07-	**0.63-	0.53
ملاءمة الاتصالات	0.09-	0.08	0.12-	**1.15-	0.25
الإبداعية	0.34-	0.08	0.50-	*4.00-	*0.000
حل المشكلات	0.13-	0.09	0.17-	**1.45-	0.15
الاستقلالية	0.46-	0.07	0.53-	*6.92-	*0.000

* ذات دلالة إحصائية على مستوى($\alpha \leq 0.01$)

** غير دالة.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم(21)، ومن متابعة معاملات (Beta)، واختبار(t) أن المتغيرات الفرعية التالية (وضوح الأهداف، والثقة، وتسخير الموارد، والإبداعية، والاستقلالية) هي أكثر متغيرات الصحة التنظيمية تأثيراً في مصادر ضغوط العمل الوظيفية، بدلالة ارتفاع قيم (t) المحسوبة والبالغة (-3.96، -2.54، -3.06، -4.00، -6.92)، وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة(2.326) عند مستوى دلالة (α= 0.01).

وأشارت النتائج إلى أن المتغيرات الفرعية (المعنويات، والتكيف، وتوازن السلطة، والتماسك، وملاءمة الاتصالات، وحل المشكلات) ليس لها أثر في مصادر ضغوط العمل المادية بدلالة انخفاض قيم(t) المحسوبة لهذه المتغيرات عند قيمها الجدولية .

ومما سبق يقتضي ما يلي:

1. رفض الفرضية الرابعة والتي تنص على انه لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات الصحة التنظيمية(وضوح الأهداف، والثقة، وتسخير الموارد، والإبداعية، والاستقلالية) في ضغوط العمل الوظيفية، وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على وجود اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات الصحة التنظيمية(وضوح الأهداف، والثقة، وتسخير الموارد، والإبداعية، والاستقلالية) في مصادر ضغوط العمل الوظيفية.
2. قبول الفرضية الرابعة التي تنص على انه لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات (المعنويات، والتكيف، وتوازن السلطة، والتماسك، وملاءمة الاتصالات، وحل المشكلات) في مصادر ضغوط العمل الوظيفية.

جدول (22)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي "Stepwise Multiple Regression"

للتنبؤ بمصادر ضغوط العمل الوظيفية من خلال أبعاد الصحة التنظيمية

ترتيب دخول العناصر المستقلة في معادلة التنبؤ	قيمة R^2 معامل التحديد	قيمة T المحسوبة*	مستوى دلالة T*
الاستقلالية	0.192	7.41-	*0.000
الإبداعية	0.247	4.75-	*0.000
وضوح الأهداف	0.258	4.61-	*0.000
تسخير الموارد	0.267	3.42-	*0.001
الثقة	0.286	3.28-	*0.001

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

وعند إجراء تحليل الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise Multiple Regression) لتحديد أهمية كل متغير مستقل على حده في المساهمة في النموذج الرياضي، الذي يمثل أثر أبعاد الصحة التنظيمية(وضوح الأهداف، والثقة، والمعنويات، والتكيف، وتسخير الموارد، وتوازن السلطة، والتماسك، وملاءمة الاتصالات، والإبداعية، وحل المشكلات، والاستقلالية) في مصادر ضغوط العمل الوظيفية، يشير الجدول رقم(22) إلى ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار، وقد احتلت المرتبة الأولى بعد (الاستقلالية) وفسر ما مقداره(19.2%) من التباين في المتغير التابع، تلاه متغير (الإبداعية) وفسر مع متغير الاستقلالية(24.7%) من التباين في المتغير التابع، وتلاه ذلك في المرتبة الثالثة متغير (وضوح الأهداف) وفسر مع متغير الاستقلالية والإبداعية(25.8%) من التباين في المتغير التابع، وتلا ذلك في المرتبة الرابعة متغير (تسخير الموارد) وفسر مع المتغيرات الثالثة السابقة (26.7%) من التباين في المتغير التابع، ودخل أخيراً متغير (الثقة) حيث فسر مع المتغيرات السابقة ما مقداره (28.6%) من التباين بمصادر ضغوط العمل الوظيفية كمتغير تابع، وتشير النتائج في الجدول رقم(22) إلى أن (الاستقلالية والإبداعية ووضوح الأهداف وتسخير الموارد والثقة) هي الأبعاد التي فسرت التباين في مصادر ضغوط العمل الوظيفية، في حين خرجت الأبعاد الأخرى من معادلة الانحدار .

الفرضية الخامسة: لا يوجد أثر هام ذو دلاله إحصائية عند مستوى دلاله ($\alpha \geq 0.05$) فأقل لأبعاد الصحة التنظيمية(وضوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات، الاستقلالية) في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية.

جدول رقم (23)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر الصحة التنظيمية بإبعادها المختلفة في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية.

الصحة التنظيمية	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمةt المحسوبة	مستوى دلالة t
وضوح الأهداف	0.40-	0.13	0.32-	•3.15-	*0.002
الثقة	0.01-	0.11	0.01-	0.12-	0.908
المعنويات	0.15-	0.10	0.14-	1.43-	0.153
التكيف	0.03-	0.11	0.03-	0.24-	0.811
تسخير الموارد	0.23-	0.11	0.20-	••2.11-	0.036
توازن السلطة	0.03-	0.12	0.03-	0.29-	0.777
التماسك	0.10-	0.11	0.10-	0.93-	0.354
ملاءمة الاتصالات	0.08-	0.11	0.07-	0.73-	0.466
الإبداعية	0.16-	0.11	0.17-	1.49-	0.137
حل المشكلات	0.05-	0.11	0.05-	0.46-	0.646
الاستقلالية	0.45-	0.09	0.63-	•5.13-	*0.000

• ذات دلالة إحصائية على مستوى($\alpha \geq 0.01$)

•• ذات دلالة إحصائية على مستوى($\alpha \geq 0.05$)فأقل.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم(23)، ومن متابعة معاملات (Beta)، واختبار(t) أن المتغيرات الفرعية التالية (وضوح الأهداف، والاستقلالية) هي أكثر متغيرات الصحة التنظيمية تأثيراً في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية، بدلالة ارتفاع قيم (t) المحسوبة والبالغة(-3.15، -5.13)، وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة(2.326) عند مستوى دلالة (α= 0.01).

وأشارت النتائج إلى أن المتغير الفرعي (تسخير الموارد) له أثر في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية، وبدلالة ارتفاع قيمة(t) المحسوبة والبالغة(-2.11)، وهي أعلى من قيمتها الجدولية البالغة(1.645) عند مستوى دلالة (α= 0.05)فأقل.

وأشارت النتائج كذلك إلى أن المتغيرات الفرعية (الثقة، المعنويات، التكيف، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات) ليس لها أثر في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية، حيث كانت قيم(t) المحسوبة لهذه المتغيرات اقل من قيمتها الجدولية.

ومما سبق يقتضي ما يلي:

1. رفض الفرضية الخامسة والتي تنص على أنه لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات الصحة التنظيمية(وضوح الأهداف، والاستقلالية، وتسخير الموارد) في ضغوط العمل الاجتماعية، وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على وجود اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات الصحة التنظيمية(وضوح الأهداف، والاستقلالية، وتسخير الموارد) في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية.
2. قبول الفرضية الخامسة التي تنص على أنه لا يوجد اثر هام ذو دلالة إحصائية لمتغيرات(الثقة، المعنويات، التكيف، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات) في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية.

جدول (24)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي "Stepwise Multiple Regression"

للتنبؤ بمصادر ضغوط العمل الاجتماعية من خلال أبعاد الصحة التنظيمية

ترتيب دخول العناصر المستقلة في معادلة التنبؤ	قيمة R^2 معامل التحديد	قيمة T المحسوبة*	مستوى دلالة T*
الاستقلالية	0.226	*5.04-	*0.000
وضوح الأهداف	0.242	*3.32-	*0.001
تسخير الموارد	0.251	**2.30-	**0.022

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

** ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.05$)فأقل

وعند إجراء تحليل الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise Multiple Regression) لتحديد أهمية كل متغير مستقل على حده في المساهمة في النموذج الرياضي، الذي يمثل أثر أبعاد الصحة التنظيمية (وضوح الأهداف، والثقة،

والمعنويات، والتكيف، وتسخير الموارد، وتوازن السلطة، والتماسك، وملاءمة الاتصالات، والإبداعية، وحل المشكلات، والاستقلالية) في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية، يوضح الجدول رقم(24) ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار، فقد احتل المرتبة الأولى بعد (الاستقلالية) وفسر ما مقداره (22.6%) من التباين في المتغير التابع، تلاه متغير (وضوح الأهداف) وفسر مع متغير الاستقلالية (24.2%) من التباين في المتغير التابع، ودخل أخيراً متغير (تسخير الموارد) حيث فسر مع المتغيرات السابقة ما مقداره(25.1%) من التباين بمصادر ضغوط العمل الاجتماعية كمتغير تابع، وتشير النتائج في الجدول رقم(24) إلى أن (الاستقلالية ووضوح الأهداف وتسخير الموارد) هي الأبعاد التي فسرت التباين في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية، وقد خرجت الأبعاد الأخرى من معادلة الانحدار بمعنى أنها لا تفسر أي تباين أو تغير في المتغير التابع مصادر ضغوط العمل الاجتماعية .

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq$ 0.05) في تصورات المبحوثين لأبعاد الصحة التنظيمية يعزى للمتغيرات الديموغرافية: الجنس، سنوات الخدمة، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، التصنيف الفني، الدخل الشهري.

الأطفال، التصنيف الفني، الدخل الشهري)، وهي للخبرة(3.36)، وللعمر(6.19)، وللحالة الاجتماعية(23.60)، ولعدد الأطفال (9.12)، وللتصنيف الفني(5.94)، وللدخل الشهري(13.89).

وتشير المعطيات الإحصائية في الجدول رقم (25) إلى أنه يوجد فروقـات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو(الصحة التنظيمية) تعزى لمتغير (الجـنس) وذلك بسبب انخفاض قيمة (F) المحسوبة، عن قيمتها الجدولية، مما يقتضـي قبـول الفرضية جزئياً، والتي تنص على أنه لا توجد فـروق ذات دلالـه إحصـائية فـي تصورات المبحوثين نحو(الصحة التنظيمية) تعزى لمتغير (الجنس).

وقد تم استخدام اختبار شيفه للمقارنات البعدية بـين فئـات متغيـر المتغيـرات الشخصية في الصحة التنظيمية، كما سيتم عرضها على النحو التالي:

الجدول رقم (26)

نتائج تحليل اختبار شيفه للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لإجابات المبحوثين على الصحة التنظيمية حسب متغير سنوات الخدمة

فئات سنوات الخدمة	المتوسط الحسابي	أقل من 5 سنوات	6-10 سنوات	11-15 سنة	16 سنة فأكثر
أقل من 5 سنوات	2.85	-	-	-	*0.23
6-10 سنوات	2.99	-	-	-	-
11-15 سنة	3.01	-	-	-	-
16 سنة فأكثر	3.08	-	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha = 0.05$)

أ. **الخدمـــة**: يبين الجدول رقم (26) أن هنالك مصادر فروق بـين متوسـطات إجابات المبحوثين ذوي سنوات الخدمة (16 سنة فأكثر) ومتوسط الفئة الأولى (أقـل من 5سنوات)، وبلغ متوسط الفئة الرابعة (16 سنة فأكثر) (3.08)، أما متوسط الفئة الأولى (أقل من 5سنوات) فقد بلغ (2.85) ولصالح المبحوثين ذوي سنوات الخدمـة (16 سنة فأكثر)، ولعل تفسير ذلك يقود إلى أن الأطباء المبحوثين بسبب طول مـدة

خدمتهم يقدرون أن هنالك صحة تنظيمية أفضل في المستشفيات التي يعملون بها حالياً بعد مقارنة ذلك بسني بداياتهم في العمل في المستشفيات عندما كانت ظروفها صعبة وإمكانياتها اقل خاصةً في فترات التأسيس .

الجدول رقم (27)

نتائج تحليل اختبار شيفه للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لإجابات المبحوثين على الصحة التنظيمية تبعاً لمتغير العمر

فئات العمر	المتوسط الحسابي	30 سنة فأقل	31-40 سنة	41-50 سنة	51سنة فأكثر
30 سنة فأقل	2.79	-	*0.24	*0.26	*0.35
31-40 سنة	3.03	-	-	-	-
41-50 سنة	3.05	-	-	-	-
51سنة فأكثر	3.14	-	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.05$) فاقل

ب. **العمر**: يبين الجدول رقم (27)، أن هنالك مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين ذوي الأعمار(أقل من 30سنة) ومتوسط الفئة الرابعة(51 سنة فأكثر) حيث بلغ متوسط الفئة الأولى (أقل من 30 سنة) (2.79)، أما متوسط الفئة الرابعة(51 سنة فأكثر) فقد بلغ (3.14) ولصالح المبحوثين ذوي الأعمار(51 سنة فأكثر)، وكانت هنالك مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين ذوي الأعمار(41-50 سنة) ومتوسط الفئة الأولى (أقل من 30 سنة) حيث أن متوسط الفئة الثالثة (41-50 سنة) قد بلغ (3.05)، أما متوسط الفئة الأولى (أقل من 30 سنة) فقد بلغ (2.79) ولصالح المبحوثين ذوي الأعمار(41-50 سنة)، وكانت هنالك أيضاً مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين ذوي الأعمار(31-40 سنة) ومتوسط الفئة الأولى(أقل من 30 سنة) حيث بلغ متوسط الفئة الثانية(31-40 سنة) (3.03)، أما متوسط الفئة الأولى(أقل من 30 سنة) فقد بلغ(2.79) ولصالح المبحوثين ذوي الأعمار(31-40 سنة)، وتفسير ذلك أن الأطباء ذوي الفئة العمرية الرابعة (51) سنة منه فأكثر يتميزون بالعقلانية علاوة على أنهم مارسو العمل

الطبي والعمل الإداري فهم ينظرون لتوافر أبعاد الصحة التنظيمية في المستشفيات التي يعملون فيها أكثر من غيرهم من الأطباء ذوي الفئات العمرية الأقل.

الجدول رقم (28)

نتائج تحليل اختبار شيفه للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لإجابات المبحوثين على الصحة التنظيمية تبعاً لمتغير عدد الأطفال

فئات عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	3 أطفال فأقل	4-6 أطفال	7 أطفال فأكثر
3 أطفال فأقل	2.79	-	*0.23	*0.32
4-6 أطفال	3.02	-	-	-
7 أطفال فأكثر	3.11	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.05$) فاقل

جـ. **عدد الأطفال:** يبين الجدول رقم (28)، أن هنالك مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين الذين لديهم عدد أطفال (3 أطفال فأقل) ومتوسط الفئة الثالثة (7 أطفال فأكثر) حيث بلغ متوسط الفئة الأولى (3 أطفال فأقل) (2.79)، أما متوسط الفئة الثالثة (7 أطفال فأكثر) فقد بلغ(3.11) ولصالح المبحوثين الذين لديهم عدد أطفال(7 أطفال فأكثر)، وكانت هنالك مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين الذين لديهم عدد أطفال(4-6 أطفال) ومتوسط الفئة الأولى(3 أطفال فأقل) حيث بلغ متوسط الفئة الثانية(4-6 أطفال) (3.02)، أما متوسط الفئة الأولى(3 أطفال فأقل) فقد بلغ(2.79) ولصالح المبحوثين الذين لديهم عدد أطفال (4-6 أطفال).

الجدول رقم (29)

نتائج تحليل اختبار شيفه للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لإجابات المبحوثين على الصحة التنظيمية تبعاً لمتغير التصنيف الفني

فئات التصنيف الفني	المتوسط الحسابي	طبيب عام	طبيب مقيم	طبيب اختصاص
طبيب عام	2.84	-	-	*0.22
طبيب مقيم	3.04	-	-	-
طبيب اختصاص	3.06	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.05$) فاقل

د. **التصنيف الفني:** يبين الجدول رقم (29)، أن هنالك مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين ذوي التصنيف الفني (طبيب عام) ومتوسط الفئة الثالثة (طبيب اختصاص) حيث بلغ متوسط الفئة الأولى(طبيب عام) (2.84)، أما متوسط الفئة الثالثة(طبيب اختصاص) فقد بلغ(3.06) ولصالح المبحوثين ذوي التصنيف الفني (طبيب اختصاص)، ويمكن أن يعزي ذلك إلى أن التعامل الذي يتلقاه طبيب الاختصاص بصفته الوظيفية وخبرته الطبية يتميز عن ذلك التعامل الذي يتلقاه الطبيب العام فعادة يتمتع طبيب الاختصاص بالاستقلالية أكثر من الطبيب العام .

الجدول رقم (30)

نتائج تحليل اختبار شيفه للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لإجابات المبحوثين على الصحة التنظيمية تبعاً لمتغير الدخل الشهري

فئات الدخل الشهري	المتوسط الحسابي	500 دينار فأقل	501-1000 دينار	1001 دينار فأكثر
500 دينار فأقل	2.81	-	*0.38	-
501-1000 دينار	3.19	-	-	-
1001 دينار فأكثر	2.97	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.05$) فاقل

هـ. **الدخل الشهري:** يبين الجدول رقم(30)، أن هنالك مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين ذوي الدخل الشهري (500 دينار فأقل) ومتوسط الفئة الثانية (501-1000 دينار) حيث بلغ متوسط الفئة الأولى (500 دينار فأقل) (2.81)، أما متوسط الفئة الثانية(501-1000 دينار) فقد بلغ (3.19) ولصالح المبحوثين ذوي الدخل الشهري الفئة الثانية(501-1000 دينار)، ولعل تفسير ذلك يعود إلى أن الأطباء ذوي الدخول المرتفعة يرون أن هنالك صحة تنظيمية في المستشفيات التي يعملون بها حيث أن الدخل الشهري الذي يحصلون عليه ملائم للمتطلبات المعيشية التي تواجههم في المجتمع، وهذا مهم للإعتقاد بذلك.

الجدول رقم (31)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين على الصحة التنظيمية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

المتغير	فئات المتغير	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الحالة الاجتماعية	أعزب	143	2.75	0.61
	متزوج	279	3.07	0.66

د. الفروقات تبعاً للحالة الاجتماعيـــة: يبين الجدول رقم(31) أن الفــروق بالنســبة للحالة الاجتماعية كانت لصالح المتزوجين بدليل ارتفاع متوسطهم الحسابي حيث بلغ متوسط إجابة المتزوجين (3.07)، ومتوسط إجابـــة الأعــزب (2.75)، ويمكــن أن يكون تفسير ذلك أن الأطباء المتزوجون يستفيدون من التامين الصـــحي والميــزات الأُخرى التي توفرها المستشفيات أكثر من الأطباء غير المتزوجين ، وهذا سبب قـــد يدفعهم الى الاعتقاد والتصور بأن الصحة التنظيمية متوفرة في المستشـــفيات التـــي يعملون بها .

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq$ 0.05) في تصورات المبحوثين لمصادر ضغوط العمل يعزى للمتغيرات الديموغرافية: الجنس، سنوات الخدمة، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، التصنيف الفني، الدخل الشهري.

الجدول رقم (32)

تحليل التباين لتصورات المبحوثين نحو (مصادر ضغوط العمل) تعزى للمتغيرات الديموغرافية

المتغير المستقل	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة(F)	مستوى الدلالة
الجنس	بين المجموعات داخل المجموعات	(1، 420)	1.55 113.69	1.55 0.27	5.73**	0.02*
سنوات الخدمة	بين المجموعات داخل المجموعات	(3، 418)	0.244 115.01	0.081 0.28	0.295	0.829
العمر	بين المجموعات داخل المجموعات	(3، 418)	1.33 112.92	0.78 0.27	1.87	0.120
الحالة الاجتماعية	بين المجموعات داخل المجموعات	(1، 420)	1.10 114.15	1.10 0.27	4.05**	0.04*
عدد الأطفال	بين المجموعات داخل المجموعات	(2، 419)	3.51 111.74	1.76 0.27	6.58*	0.002*
التصنيف الفني	بين المجموعات داخل المجموعات	(2، 419)	0.99 114.26	0.49 0.27	1.816	0.164
الدخل الشهري	بين المجموعات داخل المجموعات	(2، 419)	13.50 101.75	6.75 0.24	27.79*	0.000*

* ذات دلالة إحصائية على مستوى (α = 0.01)

** ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \geq 0.05$) فاقل

قيمة (F) الجدولية على مستوى دلالة (α= 0.01) ودرجات حرية (1، 420) = 6.63

قيمة (F) الجدولية على مستوى دلالة (α= 0.01) ودرجات حرية (2، 419) = 4.61

قيمة (F) الجدولية على مستوى دلالة (α= 0.01) ودرجات حرية (3، 420) = 3.78

قيمة (F) الجدولية على مستوى دلالة (α= 0.05) ودرجات حرية (3، 420) = 2.60

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول رقم (32) إلى أنه يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو (مصادر ضغوط العمل) تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، الدخل الشهري) وذلك بسبب ارتفاع قيمة (F) المحسوبة، عن قيمتها، مما يقتضي رفض الفرضية جزئياً، والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو (مصادر ضغوط العمل) تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية،

عدد الأطفال، الدخل الشهري)، وهي للجنس(5.73)، وللحالة الاجتماعية(4.05)، ولعدد الأطفال (6.58)، وللدخل الشهري(27.79).

وتشير المعطيات الإحصائية في الجدول رقم (32) إلى أنه يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو(مصادر ضغوط العمل) تعزى للمتغيرات الديموغرافية (سنوات الخدمة، العمر، التصنيف الفني) وذلك بسبب انخفاض قيمة (F) المحسوبة، عن قيمتها الجدولية، مما يقتضي قبول الفرضية جزئياً، والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(مصادر ضغوط العمل) تعزى للمتغيرات الديموغرافية (سنوات الخدمة، العمر، التصنيف الفني).

وقد تم استخدام اختبار شيفه للمقارنات البعدية بين فئات المتغيرات الشخصية في مصادر ضغوط العمل، كما سيتم عرضها على النحو التالي:

الجدول رقم (33)

نتائج تحليل اختبار شيفه للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لإجابات المبحوثين على مصادر ضغوط العمل تبعاً لمتغير عدد الأطفال

فئات عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	3 أطفال فأقل	4-6 أطفال	7 أطفال فأكثر
3 أطفال فأقل	3.30	-	*0.18	*0.21
4-6 أطفال	3.48	-	-	-
7 أطفال فأكثر	3.51	-	-	-

أ. **عدد الأطفال:** يبين الجدول رقم (33)، أن هنالك مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين الذين لديهم عدد أطفال(3 أطفال فأقل) ومتوسط الفئة الثالثة(7 أطفال فأكثر) حيث بلغ متوسط الفئة الأولى(3 أطفال فأقل) (3.30)، أما متوسط الفئة الثالثة(7 أطفال فأكثر) فقد بلغ(3.51) ولصالح المبحوثين الذين لديهم عدد أطفال(7 أطفال فأكثر)، وكانت هنالك مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين الذين لديهم عدد أطفال(4-6 أطفال) ومتوسط الفئة الأولى(3 أطفال فأقل) حيث بلغ متوسط الفئة الثانية(4-6 أطفال) فقد بلغ(3.48)، أما متوسط الفئة

الأولى(3 أطفال فأقل) فقد بلغ (3.30) ولصالح المبحوثين الذين لديهم عدد أطفال (4-6 أطفال) وهذا يمكن تفسيره بأن زيادة عدد الأطفال في أسرة الطبيب يزيد من عدد متطلبات تلك الأسرة، الأمر الذي يترتب عليه مسؤوليات عائلية أكثر من الطبيب ذي الأسرة الأقل عدداً فتتولد بالتالي لديه الضغوط.

الجدول رقم (34)

نتائج تحليل إختبار شيفه للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لإجابات المبحوثين على مصادر ضغوط العمل تبعاً لمتغير الدخل الشهري

فئات الدخل الشهري	المتوسط الحسابي	500 دينار فأقل	501-1000 دينار	1001 دينار فأكثر
500 دينار فأقل	3.18	-	0.35	*0.45
501-1000 دينار	3.53	-	-	-
1001 دينار فأكثر	3.63	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.05$) فاقل

ب. الدخل الشهري: يبين الجدول رقم(34)، أن هنالك مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين ذوي الدخل الشهري (500 دينار فأقل) ومتوسط الفئة الثانية (501-1000 دينار) حيث بلغ متوسط الفئة الأولى (500 دينار فأقل) (3.18)، أما متوسط الفئة الثانية (501-1000 دينار) فقد بلغ (3.53) ولصالح المبحوثين ذوي الدخل الشهري في الفئة الثانية (501-1000 دينار)، وأن هنالك مصادر فروق بين متوسطات إجابات المبحوثين ذوي الدخل الشهري (500 دينار فأقل) ومتوسط الفئة الثالثة (1001 دينار فأكثر) حيث بلغ متوسط الفئة الأولى (500 دينار فأقل) (3.18)، أما متوسط الفئة الثالثة (1001 دينار فأكثر) فقد بلغ (3.63) ولصالح المبحوثين ذوي الدخل الشهري في الفئة الثالثة (1001 دينار فأكثر)، وهذا يفسر من خلال أن هنالك التزامات اجتماعية مختلفة لدى الأطباء لذلك يكون تصورهم أن الدخل الشهري لديهم لا يكفي لهذه الالتزامات، واختلاف تصوراتهم هو تبعا لاختلاف التزاماتهم وطموحاتهم المالية ويمكن أن يعود ذلك لمقارنة أنفسهم مع أقرانهم في القطاع الخاص الذين قد يحصلون على دخول عالية.

الجدول رقم (35)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين على مصادر ضغوط العمل تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية والجنس.

المتغير	فئات المتغير	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الجنس	ذكور	361	3.47	0.54
	إناث	61	3.29	0.39
الحالة الاجتماعية	أعزب	143	3.40	0.39
	متزوج	279	3.52	0.57

جـ. الفروقات تبعاً للجنس والحالة الاجتماعية: يبين الجدول رقم (35) أن الفروق بالنسبة للجنس كانت لصالح الذكور بدليل ارتفاع متوسطهم الحسابي حيث بلغ متوسط إجابة الذكور(3.47)، ومتوسط إجابة الإناث (3.29)، وأما بالنسبة للحالة الاجتماعية فكانت لصالح المتزوجين بدليل ارتفاع متوسطهم الحسابي حيث بلغ متوسط إجابة المتزوجين (3.52)، ومتوسط إجابة الأعزب (3.40)، ويمكن تفسير ذلك من خلال أن النساء اقدر على التكيف مع ضغوط العمل بحكم طبيعتهن الفسيولوجية والنفسية وكذلك يكون تعاملهن على الأغلب مع النساء أو الأطفال، بينما يتعامل الأطباء الذكور مع المرضى من كلا الجنسين وكافة الفئات العمرية، وكذلك فأن الأطباء المتزوجون تزداد ضغوط العمل لديهم بسبب المسئوليات العائلية (مسئوليات الزوجة، والأولاد) لديهم، بالإضافة إلى المسؤوليات الاجتماعية الأخرى.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 النتائج

تناولت الدراسة استقصاء وتحليل أثر ابعاد الصحة التنظيمية وهـي (وضـوح الأهداف، الثقة، المعنويات، التكيف، تسخير الموارد، تـوازن السـلطة، التماسـك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات، الاستقلالية) في مصـادر ضـغوط العمل وهي (مصادر الضغوط المتعلقة بالفرد، مصادر الضغوط المتعلقة بالمنظمـة، مصادر الضغوط المتعلقة بالبيئة المادية، مصـادر الضـغوط المتعلقـة بالوظيفـة، مصادر الضغوط الاجتماعية)، وفيما يلي عرض لأهم ما توصلت إليه الدراسة مـن نتائج:

1- أشارت البيانات الى أن مستوى الصحة التنظيمية في المستشفيات قد الدراسة جاء بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط العام لفقرات متغير الدراسة المستقل(مسـتوى الصحة التنظيمية)(2.96) وبأهمية نسبيـة بلغـت (59.21%)، واحتل بُعـد (وضوح الأهداف) المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلـغ(3.43)، وأهميـة نسـبية بلغت(68.59%)، وأخيراً احتل المرتبة الأخيرة بُعد (الإبداعية) بمتوسط حسـابي بلغ (2.39)، وأهمية نسبية بلغت(47.79%) ويمكن أن يفسر ذلك بأن المستشفيات المبحوثة لا توفر الظروف الملاءمة للإبداع ولعل ذلك يعود إلى شح الإمكانيـات المالية المخصصة من وزارة الصحة وتطبيق المركزية في بعض المستشـفيات، لذلك جاء ترتيب بعد (الإبداعية) في المرتبة الأخيرة من حيث الأهميـة كمؤشـر لمدى توافر الصحة التنظيمية في المستشفيات المبحوثة، وهذه النتيجة تتفـق مـع دراسة (أبو خرمة، 2000) من وجود قصور تنظيمي ومركزيه في قسم الأشعة في مستشفى جرش الحكومي، وافتقار القسم إلى جهاز تصـوير فـوق الضـوئي (Ultrasound) وهو من الأجهزة التي يحتاج توفيرها إلى مخصصات مالية علـى مستوى وزارة الصحة .

أما بُعد (حل المشكلات) والذي جاء بدرجة متوسطة فإنه يـدل علـى قصـور قيادي لأن العنصر القيادي الفعال هو الذي يساهم في إيجاد وتفعيل نظام ملائم لحـل المشكلات وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة (Akbaba, 1997) من أن انخفاض القيادة التنظيمية يعتبر مؤشر لإنخفاض مستوى الصحة التنظيمية في المدارس الثانويـة في تركيا .

أما مستوى بُعد (تسخير الموارد) والذي جاء كذلك بدرجة متوسطة فإنـه يـدل على أن هنالك ندره في بعض الموارد المتاحة التـي توفرهـا وزارة الصـحة وان عملية توظيفها من قبل إدارة المستشفيات ليست بالمستوى المطلوب وهـذه النتيجـة تتفق مع دراسة (AL-Shammari, 1996) والتي توصلت الى أن أهم أسباب عدم كفاءة المستشفيات هو عدم استغلال الموارد بشكل مناسب في المستشفيات الأردنيـة وكذلك نتيجة (Ben-Ayed & AL-Abasi, 2002) والتي توصلت الى أن هنالك عدم استغلال للطاقة الاستيعابية بكفاءة في مستشفى القوات المسلحة السـعودية فـي مدينة الرياض مما أثر على كفاءة ذلك المستشفى.

أما مستوى بعد (ملاءمة الاتصالات) والذي جاء كذلك بدرجة متوسـطة فأنـه يمكن أن يعزى ذلك لقلة اللقاءات بين إدارة المستشفى والأطباء العاملين فيهـا أو أن اللقاءات تتم ولكن بفترات متباعدة وبالتالي يكون هنالك بطء في نقل المعلومات بين المستويات الوظيفية والمستويات التنظيمية، وبالنظر لمستوى بعد (التماسك) والذي لم يختلف عن البعدين اللذين سبقاه فإنه يدل على أن العلاقات بين الأطباء وبين إدارة المستشفى والعاملين فيها ليست قويه، وان مستوى التجاذب بينهم فيه ضعف يمكـن أن يعود لممارسات إدارية غير مناسبة من قبل إدارة المستشفى وهذا بـدوره يـؤثر على التكامل التنظيمي داخل المستشفيات، وتتفق هاتين النتيجتين بشكل جزئـي مـع دراسة (Akbaba, 1997)التي توصلت الى ان انخفاض بعد التكامـل التنظيمـي يعتبر مؤشرلانخفاض مستوى الصحة التنظيمية في المدارس الثانوية في تركيا .

أما مستوى بعد (توازن السلطة) والذي جاء أيضاً بدرجة متوسطة فيفسر ذلـك من خلال أن السلطات ليست موزعه بشكل عادل فـي المستشـفيات المبحوثـة ولا تتناسب مع المسؤوليات الملقاة على عاتق الأطبـاء، وكـذلك مسـتوى (وضـوح

الأهداف) قد جاء بدرجة متوسطة ويفسر ذلك أن الأطباء لا يشاركون في صياغة أهداف المستشفى وبالتالي فهي غير متطابقة مع أهدافهم، كما انه ليس لديهم معرفة دقيقة بأهداف المستشفى الذي يعملون به لذلك جاءت أهميتها النسبية بمستوى متوسط، ولتوازن السلطة ووضوح الأهداف علاقة قويه بالهيكل التنظيمي في المستشفيات وتتفق كلا النتيجتين بشكل جزئي مع نتائج دراسة (سيف، 1996) والتي توصلت الى أن بعض الأنظمة واللوائح الداخلية اقل وضوحاً لدى الأطباء وهنالك تأثير لمقدار الصلاحيات المعطاة للطبيب في مستوى أداءه الطبي في مستشفيات العاصمة عمان .

أما مستوى بعد (التكيف) والذي جاء أيضاً بدرجة متوسطة فهذا يأتي نتيجة لضعف قدرة المستشفيات المبحوثة وإداراتها على التفاعل مع البيئة الخارجية وما تتطلبه من مستجدات في تطور برامجها وأقسامها وأنشطتها لمجاراة المنظمات الصحية المماثلة لها في القطاع الخاص والحصول على مركز تنافسي فيما بينها، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Akbaba, 1997) في أن انخفاض مستوى التفاعل البيئي يعود الى انخفاض مستوى الصحة التنظيمية في بعض مدارس الجمهورية التركية الثانوية .

أما مستوى بعد (الثقة) والذي جاء متوسطاً فيمكن تفسيره إلى أن السياسات التنظيمية داخل المستشفيات المبحوثة والمطبقة على الأطباء المبحوثين متذبذبة والوضوح فيها ليس مطلقاً كما أن المعلومات التي يستقيها هؤلاء الأطباء لا يمكن الاعتماد عليها بدرجه كبيرة.

أما مستوى بعد (الاستقلالية) والذي جاء متوسطاً فيشير إلى أن هنالك تدخلات من الآخرين في قرارات المستشفى ويمكن أن يكون ذلك من قبل وزارة الصحة، بالإضافة إلى أن هنالك تدخلات في عمل الطبيب المهني، وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة (الأحمدي، 2001) في أن الأطباء في مستشفيات القطاع الصحي العام في المملكة العربية السعودية يتمتعون بدرجة استقلالية متوسطه نتيجة لتدخل غير الأطباء في القرارات المتعلقة بالرعاية الطبية .

أما بعد (المعنويات) والذي جاء متوسطاً كذلك فيمكن تفسيره إلى عدد كبير من الأطباء المبحوثين يقل راتبهم عن (500) دينار حيث بلغت نسبتهم (50%) من عينة الدراسة وهنالك مستوى من عدم الرضا عن العمل لديهم، وتتعارض هذه النتيجة مع دراسة (Tsui & cheng, 1999) من أن بعد ارتفاع المعنويات يعتبر مؤشر لإرتفاع مستوى الصحة التنظيمية ويساهم بشكل كبير في تحقيق الالتزام المنظمي لدى المعلمين في مدارس (Hong Kong) .

أما تصورات الأطباء لأبعاد مستوى الصحة التنظيمية مجتمعه فقد جاءت متوسطةً، وهذا يؤكد وجود قصور إداري وتنظيمي في المستشفيات المبحوثة يؤثر على قيم وثقافات الأطباء المبحوثين وأدائهم، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (عبدالحليم والشبلي، 2001) في أن تقييم الأطباء كان متوسطاً لمستوى الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات القطاع الحكومي في الأردن.

2- أشارت البيانات أن مصادر الضغوط الفردية جاءت بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي(3.56) وبأهمية نسبية بلغت (71.20%)، واحتل بُعد (نمط الشخصية) المرتبة الأولى، واحتل المرتبة الأخيرة بُعد (مفهوم الذات)، ويمكن تفسير ذلك بأن معظم الأطباء المبحوثين هم من أصحاب نمط الشخصية (أ) التي يستجيب أصحابها بسرعة للضغوط لذلك جاء (نمط الشخصية) في المرتبة الأولى من حيث الأهمية كمصدر ضغط فردي، أما (الحالة النفسية والصحية) فهي تكون ناتجة عن تعامل هؤلاء الأطباء مع حالات تحتاج إلى جهد عقلي وبدني ينتج عنه آلام نفسيه لا سيما وأن نسبة (40.8%) من الأطباء المبحوثين هم من الاختصاصيين الذين يجرون العمليات الجراحية، أما متغير (القدرات) فيمكن أن يكون ناتج عن عدم اهتمام المستشفى وإدارتها بتنمية وتدريب الأطباء، وبالنسبة لمتغيري (مفهوم الذات والصراع الشخصي) فقد ظهرا بمستوى متوسط، وهذا يمكن أن يكون ناتج عن أن بعض أفراد عينة الدراسة لديهم تقدير منخفض لذاتهم ويعيشون حالات من الصراع الشخصي في التعامل مع بعض الحالات المرضية الحرجة، وتتفق هذه النتيجة جزئيا" مع نتائج دراسة (Luck, 2000) في أن بعض الأطباء المبتدئين في مستشفيات (Heatherwood And Wexham Park)

لديهم صراع أكاديمي وتردد وحيره في اختيار التخصص الطبـي وأن الاطبـاء المغتربون يعانون من الحنين للوطن، وكذلك هنالك اتفاق جزئي مع نتائج دراسـة (Koscec, 2002) من أن العاملين في شركة التوزيع الكندية يعانون من إرهاق نفسي وجسدي يسبب ضغوطات للعمل فينتج عنه ظاهرة التغيـب المـزمن عـن العمل .

3- أشارت البيانات الى أن المتوسط العام لفقرات أبعاد متغير الدراسة التابع مجتمعة (مصادر الضغوط التنظيمية) كان مرتفعاً حيث بلغ(3.85) وبأهميـة نسبيـة بلغـت (76.94%)، مما يؤشر على أن مصادر الضغوط المتعلقـة بالمنظمـة جاءت بدرجة مرتفعة، واحتل بُعد (الرواتب والأجور والحوافز) المرتبة الأولى ، واحتل المرتبة الأخيرة بُعد (التكنولوجيا) ،ويمكن تفسير ذلك بأن سلم الرواتب في وزارة الصحة لا يلبي احتياجات ومتطلبات الأطباء وأن تطبيق نظام الحوافز فـي المستشفيات المبحوثة غير فاعل، وهذا يؤكد ما تم التوصل إليـه سـابقا" مـن أن انخفاض مستوى الصحة التنظيمية المتعلقة بانخفاض معنويـات الأطبـاء بسـبب انخفاض رواتبهم وأجورهم، لذا جاء بعد (الرواتب والأجور والحوافز) في المرتبة الأولى من مصادر الضغوط التنظيمية،أما بالنسبة (لأهداف المنظمة) فإن تفسـير ذلك بان أهداف المستشفى غامضة وغير واضحة للأطباء مما يشكل ضغطاً عليهم وهذا يؤكد ما تم التوصل إليه سابقاً مـــن (انخفاض مستوى الصحة التنظيمية) بسبب عدم الدقة في تحديد ومعرفة أهداف المستشفى، وبالنسبة للمشاركة في اتخاذ القرار كبعد ذو أهمية مرتفعه كمصدر ضغط تنظيمي يمكن أن يكون بسبب تفـرد إدارة المستشفى باتخاذ القرارات دون الرجوع إلى الأطباء لا سيما إذا كان لتلـك القرارات ارتباط مباشر بعمل الأطباء، أما بعد (تقويم الأداء) فيـدل علـى عـدم الموضوعية والواقعية في التقويم لتدخل العلاقات الشخصية ويمكن أن يكون هنالك عدم إدراك من قبل بعض الأطباء وخصوصاً (الأطباء العامون) لنظام التقويم مما يشكل ضغطاً عليهم، ويمكن أن يكون السبب في أن الهيكـل التنظيمـي مصـدر ضغط وظيفي لأن الهياكل التنظيمية في المستشفيات (هرمية) ينتج عنها بعـض المحددات لعمل الأطباء، أما بعد (التكنولوجيا) كمصدر ضـغط تنظيمـي علـى

الأطباء فيمكن أن يكون ناتجاً عن قدم بعض الأجهزة فيجد الطبيب صعوبة في التعامل معها، وتتفق نتائج هذه الدراسة جزئيا" مع نتائج دراسة (Duffy & Chan, 2001) بأن الهيكل التنظيمي والمناخ التنظيمي يعتبران من أهم مصادر ضغوط العمل في المستشفيات الاسترالية والبريطانية .

4- أشارت البيانات الى أن المتوسط العام لفقرات ابعاد متغير الدراسة التابع مجتمعة (مصادر الضغوط المادية) كان مرتفعاً حيث بلغ (3.78) وبأهمية نسبية بلغت (75.52%)، مما يؤشر على أن مصادر الضغوط المتعلقة بالبيئة المادية جاءت بدرجة مرتفعة، واحتل بُعد (الضوضاء) المرتبة الأولى، واحتل المرتبة الأخيرة بُعد (درجة الحرارة)، ويمكن تفسير ذلك بأن الضوضاء التي تحدث بسبب ارتفاع الأصوات داخل المستشفيات لا سيما عند إجراء بعض الأعمال الإنشائية وأن بعض المستشفيات المبحوثة تقع بالقرب من شوارع رئيسيه تسبب حركه المرور لها الإزعاج، علاوة عن الأصوات المرتفعة للمراجعين الكُثر في بعض أقسام وعيادات المستشفيات، وأما بقية الأبعاد المادية (الإضاءة ودرجة الحرارة والتجهيزات والسلامة المهنية) فتشكل مصادر للضغوط المادية بسبب عدم إجراء تحديث وتجهيز مادي ملائم لمرافق المستشفيات كما أن بعض المستشفيات المبحوثة تأتي في مناطق الأغوار الأردنية التي تعتبر من اخفض بقاع العالم وفي فصل الصيف لا تجدي أجهزة التكييف نفعاً في توفير المناخ الملائم للأطباء والمراجعين ونزلائها، وتتفق هذه الدارسة جزئياً مع نتائج دراسة (Coomber, 2000) والتي توصلت الى أن بعض التجهيزات في وحدات العناية الحثيثة في المستشفيات البريطانية غير كافيه مما يجعلها تشكل مصدر ضغط مادي على الأطباء العاملين، وكذلك نتائج دراسة (اللوزي والحنيطي، 2002) من حيث أن العوامل المادية والسلامة والصحة المهنية تشكل مصادر ضغوط عمل ماديه لدى العاملين في القطاع الصحي الأردني في محافظات إقليم الوسط ، وبالتالي يمكن القول أن هذا يؤكد انخفاض مستوى الصحة التنظيمية المتعلق ببعد تسخير الموارد حيث ما تم مناقشته يعتبر مصادر ماديه لا سيما متغير (التجهيزات).

5- أشارت البيانات الى أن المتوسط العام لفقرات أبعاد متغير الدراسة التابع مجتمعة (مصادر الضغوط الوظيفة) كان مرتفعاً حيث بلـــغ(3.89) وبأهميـــة نسبيـــــــة بلغـــــت (77.72%)، مما يدل على أن مصادر الضــــغوط المتعلقـــة بالوظيفـــة جاءت بدرجة مرتفعة، واحتل بُعد (المسؤولية عن الآخرين) المرتبـــة الأولـــى، و احتل المرتبة الأخيرة بُعد (صراع الدور) ويمكـــن تفســـير ذلـــك بـــأن الأطبـــاء المبحوثين يشعرون بأنهم مسؤولون عن حياة المرضى بين أيديهم وهي مســـؤولية حتمية لتفرد مهنة الطب في الاعتناء بصحة الفرد والمحافظة على حياته وإنقـــاذه من الموت والهلاك، لذلك جاءت (المسؤولية عن الآخرين) بالمرتبة الأولى كبُعـــد يشكل مصدر ضغط وظيفي ، أما (المستقبل الوظيفي) كمصدر للضغط الـــوظيفي على الأطباء فيمكن أن يكون ناتجاً عـــن عـــدم اهتمـــام وزارة الصـــحة وإدارة المستشفيات المبحوثة بالتقدم والنمو والمسار الوظيفي للأطباء وهنالك بـــطء فـــي فرص الترقية، أما (متطلبات الأدوار) من الأطباء فتكون قـــد شـــكلت مصـــادراً للضغط الوظيفي بسبب أن كثرة المتطلبـــات وتعارضـــها فـــي ضـــوء ســـلطات ومسؤوليات غير واضحة للطبيب يحدث لديه (غموض وصـــراع فـــي الـــدور)، وبالتالي يمكن أن يؤكد ذلك انخفاض مستوى الصحة التنظيميـــة المتعلـــق بعـــدم توازن السلطات المسؤوليات أما ما يتعلق (بالعمل) فإن طبيعة عمل الأطباء فـــي غرف الطوارئ أو غرف العمليات الجراحية التـــي تســـتغرق ســـاعات طويلـــة، بالإضافة إلى كثرة المراجعين للعيادات تكون قد شكلت مصادر ضـــغط وظيفيـــة مرتفعة على الأطباء، وتتفق نتائج هذه الدراسة جزئياً مع دراسة (القرني،2002) من أن غموض الدور وتعارض الدور في المؤسسات الطبيـــة فـــي مدينـــة مكـــة المكرمة لها تأثير سلبي على الأداء، ودراسة (Luck, 2000) من أن الوظـــائف النهارية والحالات الطبية الطارئة ليلاً والعمل في وحدات الطوارئ تشكل ضغطاً على الأطباء ودراسة (Coomber, 2002) من أن حجم الزيادة في المسؤوليات مقارنه مع الأوقات تشكل ضغطاً على الأطباء في وحدات العناية الحثيثـــة وكـــلا الدراستين قد أجريتا في المستشفيات البريطانية .

6- أشارت البيانات أن المتوسط العام لفقرات أبعاد متغير الدراسة التـابع مجتمعـة (مصادر الضغوط الاجتماعية) كان مرتفعاً حيث بلغ(3.77) وبأهميـة نسبيـة بلغـت (75.46%)، مما يؤشر على أن مصادر الضغوط الاجتماعيـة جـاءت بدرجة مرتفعة، واحتل بُعد (العلاقات التبادلية) المرتبة الأولى، واحتـل المرتبـة الأخيرة بُعد (المرضى وذويهم) ويمكن تفسير ذلك بأن العلاقـات الداخليـة بـين الإداريين والعنصر التمريضي وبين الأطباء في المستشفيات المبحوثة ينتابها عدم التعاون في العمل، وهذا ما يؤكد انخفاض مستوى الصحة التنظيمية المتمثل ببعـد (التماسك) الذي جاء بدرجة متوسطه في المستشفيات المبحوثة ويمكـن أن يكـون لذلك علاقة بعدم ملاءمة اسلوب حل المشكلات وعدم فاعلية الاتصالات كمؤشر للصحة التنظيمية، كما أن هنالك إرث اجتماعي وهو (الوساطة) من قبل الأصدقاء والأهل لدى الطبيب في كثير من الطلبات، وأن الالتـزام الأسـري والمسـؤولية البيتية وجميع هذه العوامل يمكن أن تشكل الضغط الاجتماعي على الأطباء، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (اللوزي والحنيطي، 2002) فيما يتعلق بأن طبيعة التعامل مع المستفيدين من الخدمات الصحية يعتبر من أهم مصادر ضغوط العمل التي يعاني منها الأطباء في المستشفيات الحكومية الأردنية بإقليم الوسط، وكـذلك تتفق هذه الدراسة جزئياً مع نتائج دراسـة (Duffy & Chan, 2001) حيـث توصلت دراستهما إلى أن حياة العمل والمنزل من أهم مصـادر ضـغط العمـل للأطباء العاملين في المستشفيات البريطانية والاسترالية .

7- أشارت البيانات إلى وجود علاقة ارتباطية بـين الصـحة التنظيميـة ومصـادر ضغوط العمل، حيث جاءت قيم معاملات الارتباط معنوية وسلبية، وهذا يدل على مدى العلاقة القوية السلبية والعكسية بين المتغير الكلي المستقل والمتغيـر الكلـي التابع، حيث بلغت قوة العلاقة الارتباطيـة(-0.469)، وبلغـت قـوة العلاقـة الارتباطية على صعيد البعد المنفرد (الاستقلالية) (-0.531) وهي أقوى علاقـة ارتباطية بين هذا البعد المستقل وبين المتغير الكلي التـابع، وكانـت أيضـاً قـيم معاملات الارتباط لبقية الأبعاد المستقلة متوسطة في علاقتها مـع البعـد التـابع (مصادر ضغوط العمـل) حيـث بلغـت قـوة العلاقـة الارتباطيـة لوضـوح

الأهـــــــــداف(-0.496) ولحــــل المشكــــــلات (-0.420) ولملاءمــــة الاتصـــــالات(-0.440) ولتسخير الموارد(-0.475)، ويستدل من هذه النتائج بأن للصحة التنظيمية دوراً هاماً في مصادر ضغوط العمل، وترتبط معه بعلاقات ارتباط متوسطة وسلبية على أساس بُعدي منفرد أو على أســاس كلـــي مجتمـــع، ويمكن توضيح ذلك أنه كلما توفر هنالك في المستشفيات المبحوثة صحة تنظيميـــه كلما أدى ذلك إلى الحد من مصادر وضغوط العمل التي يعاني منها الأطباء وكلما كان هنالك انخفاض أو غياب للصحة التنظيمية كلما أدى ذلك إلى تزايد مصـــادر ضغوط العمل التي يعاني منها الأطباء .

8- أشارت البيانات إلى ثبات صلاحية نموذج اختبار فرضيات الدراسة، وأن أبعاد الصحة التنظيمية تفسر(39%) من التباين في بُعد(مصادر ضغوط العمل الفردية)، كما تُفسر أيضاً(24.2%) من التباين في بُعد(مصادر ضغوط العمل التنظيمية)، وتُفسر أيضاً(23%) من التباين في بُعد(مصادر ضغوط العمل المادية)، وفسرت أبعاد الصحة التنظيمية (29.4%) من التباين في بُعد(مصادر ضغوط العمل الوظيفية)، وأخيراً فسرت أبعاد الصحة التنظيمية (25.9%) من التباين في بُعد(مصادر ضغوط العمل الاجتماعية)، وجميع ذلك يؤكد دور وأثر أبعاد الصحة التنظيمية في تفسير الأبعاد التابعة لمصادر ضغوط العمل.

9- دلت البيانات التي يوضحها الجدول رقم (15) أن المتغيرات الفرعية التالية والمتعلقة بـــ (الثقة، والتكيف، والإبداعية، والاستقلالية) هي أكثر متغيرات الصحة التنظيمية تأثيراً في مصادر ضغوط العمل الفردية، وأشارت النتائج أن المتغيرات الفرعية والمتعلقة بـــ (وضوح الأهداف، المعنويات، تسخير الموارد، توازن السلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، حل المشكلات) ليس لها أثر في مصادر ضغوط العمل الفردية وأشارت نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي التي يوضحها الجدول رقم (16) الى أن (الاستقلالية) قد احتلت المرتبة الأولى وفسرت ما مقداره(34.1%) من التباين في المتغير التابع، تلاه متغير (التكيف) وفسر مع متغير الاستقلالية(36.8%) من التباين في المتغير التابع، ودخل أخيراً متغير

(الإبداعية) حيث فسر مع المتغيرات السابقة ما مقداره(37.4%) من التباين بمصادر ضغوط العمل الفردية كمتغير تابع .

10- دلت البيانات أن المتغيرات الفرعية التالية التي يوضحها الجدول رقم (17) (تسخير الموارد، وتوازن السلطة، وملاءمة الاتصالات، والاستقلالية، ووضوح الأهداف، والثقة) هي أكثر متغيرات الصحة التنظيمية تأثيراً في مصادر ضغوط العمل التنظيمية، وأشارت النتائج أن المتغيرات الفرعية والمتعلقة بـ (المعنويات، والتكيف، الإبداعية، وحل المشكلات) ليس لها أثر في مصادر ضغوط العمل التنظيمية.

وأشارت نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي التي وضحها الجدول رقم (18) أن (الاستقلالية) قد احتلت المرتبة الأولى وفسرت ما مقداره(16.8%) من التباين في المتغير التابع، تلاه متغير (تسخير الموارد) وفسر مع متغير الاستقلالية (17.7%) من التباين في المتغير التابع، وتلاه ذلك في المرتبة الثالثة متغير (توازن السلطة) وفسر مع متغير الاستقلالية وتسخير الموارد(19.4%) من التباين في المتغير التابع، ودخل أخيراً متغير (ملاءمة الاتصالات) حيث فسر مع المتغيرات السابقة ما مقداره(21.9%) من التباين بـ (مصادر ضغوط العمل التنظيمية) كمتغير تابع.

11- دلت البيانات التي وضحها الجدول رقم (19) أن المتغيرات الفرعية التالية (وضوح الأهداف، وتسخير الموارد، والإبداعية، والاستقلالية) هي أكثر متغيرات الصحة التنظيمية تأثيراً في مصادر ضغوط العمل المادية، وأشارت النتائج أن المتغيرات الفرعية والمتعلقة بـ (الثقة، والمعنويات، والتكيف، وتوازن السلطة، والتماسك، وملاءمة الاتصالات، وحل المشكلات) ليس لها أثر في مصادر ضغوط العمل المادية.

وأشارت نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي التي وضحها الجدول رقم (20) أن (الاستقلالية) قد احتلت المرتبة الأولى وفسرت ما مقداره(15.8%) من التباين في المتغير التابع، تلاه متغير (وضوح الأهداف) وفسر مع متغير الاستقلالية (18.2%) من التباين في المتغير التابع، ودخل أخيراً متغير (الإبداعية) حيث فسر

مع المتغيرات السابقة ما مقداره(21%) من التباين بـــ (مصادر ضغوط العمل المادية) كمتغير تابع.

12- دلت البيانات التي وضحها الجدول رقم (21) أن المتغيـــرات الفرعيـــة التاليـــة (وضوح الأهداف، والثقة، وتسخير الموارد، والإبداعية، والاستقلالية) هي أكثـــر متغيرات الصحة التنظيمية تأثيراً في مصادر ضغوط العمل الوظيفية، وأشـــارت النتائج أن المتغيرات الفرعية (المعنويات، والتكيف، وتوازن السلطة، والتماســك، وملاءمة الاتصالات، وحل المشكلات) ليس لها أثر في مصادر ضـــغوط العمـــل المادية وأشارت نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي التي وضحها الجدول رقم (22) أن (الاستقلالية) قد احتلت المرتبة الأولى وفسرت ما مقداره(19.2%) مـــن التباين في المتغيـــر التـــابع، تـــلاه متغيـــر (الإبداعيـــة) وفســـر مـــع متغيـــر الاستقلالية(24.7%) من التباين في المتغير التابع، وتلا ذلك في المرتبـــة الثالثـــة متغير (وضوح الأهداف) وفسر مع متغير الاستقلالية والإبداعيـــة(25.8%) مـــن التباين في المتغير التابع، وتلا ذلك في المرتبة الرابعة متغير (تســـخير المـــوارد) وفسر مع المتغيرات الثلاث السابقة(26.7%) من التباين في المتغير التابع، ودخل أخيراً متغير (الثقة) حيث فسر مع المتغيرات السابقة مـــا مقـــداره(28.6%) مـــن التباين بـــ (مصادر ضغوط العمل الوظيفية) كمتغير تابع.

13- دلت البيانات التي وضحها الجدول رقم (23) أن المتغيرات الفرعيـــة التاليـــة والمتعلقة بـــ (وضوح الأهداف، والاستقلالية، تسخير الموارد) هي أكثر متغيرات الصحة التنظيمية تأثيراً في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية، وأشارت النتائج أن المتغيرات الفرعية والمتعلقة بـــ (الثقة، المعنويات، التكيـــف، تـــوازن الســـلطة، التماسك، ملاءمة الاتصالات، الإبداعية، حل المشكلات) ليس لها أثر في مصادر ضغوط العمل الاجتماعية وأشارت نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي التـــي وضحها الجدول رقم (24) أن متغير (الاستقلالية) قد احتلـــت المرتبـــة الأولـــى وفسرت ما مقداره(22.6%) من التباين في المتغير التابع، تلاه متغيـــر (وضـــوح الأهداف) وفسر مع متغير الاستقلالية(24.2%) من التباين في المتغيـــر التـــابع،

كلما زاد عدد أفراد العائلة وزادت الالتزامات المالية ونحوها شعر الأطباء بضغوط عمل أكثر، وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع نتيجة دراسة (الجرادين، 2001) من أن الأطباء الذكور أكثر تعرضا لتأثير مصادر الضغط النفسي ودرجة الضغط النفسي في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية .

2.5 التوصيات

بناء على النتائج التي توصلت إليها الدراسة، فان تصورات المبحوثين لمستوى الصحة التنظيمية كان متوسطاً، أما فيما يتعلق بضغوط العمل فأشارت نتائج الدراسة إلى أن تصورات المبحوثين لهذه الموارد كانت مرتفعة لذلك تقدم هذه الدراسة عدد من التوصيات لوزارة الصحة الأردنية وإدارات المستشفيات من أجل الاهتمام بالصحة التنظيمية بمختلف أبعادها وبلورتها في المستشفيات الأردنية المبحوثة والأخرى للحد من مصادر ضغوط العمل التي يعاني منها الأطباء وذلك عن طريق مجموعة من الآليات أهمها:

1- العمل على توفير بيئة تنظيمية تساعد على تنمية الحس الإبداعي لدى الأطباء من خلال توفير الموارد المالية اللازمة لهم ومنحهم وقت كافي للتفرغ العلمي للقيام بإعداد البحوث في مجال تخصصاتهم والاستفادة من قدراتهم الإبداعية الكامنة.

2- صياغة أهداف المستشفيات بطريقة واضحة ومحددة ومدروسة حتى يسهل فهمها من قبل الأطباء في المستشفيات والتأكيد على ضرورة إشراك الأطباء من مختلف الفئات في صياغة مثل هذه الأهداف لكي تكون الأهداف واقعية، وهذا يساعد على سرعة تحقيقها بكفاءة وفاعلية.

3- محاولة توفير معلومات سليمة ودقيقة تتميز بالشفافية للأطباء في المستشفيات الأردنية وذلك لخلق الثقة بين إدارة المستشفى والأطباء، وكذلك ممارسة سياسات تنظيمية عادلة في التعامل مع الأطباء وعلى اختلاف تصنيفاتهم الوظيفية وخصوصاً في التقييم والترقية وتوزيع الفرص .

4 - النظر في نظام المكافآت والحوافز وتعديله على أُسس رياضية واضحة بما

ودخل أخيراً متغير (تسخير الموارد) حيث فسر مع المتغيرات السابقة ما مقداره(25.1%) من التباين بمصادر ضغوط العمل الاجتماعية كمتغير تابع .

14- أشارت المعطيات الإحصائية إلى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو(الصحة التنظيمية) تعزى للمتغيرات الديموغرافية (سنوات الخدمة، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، التصنيف الفني، الدخل الشهري)، وانه لا يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو (الصحة التنظيمية) تعزى لمتغير (الجنس) ،وكانت الفروق بالنسبة للخدمة لصالح المبحوثين ذوي سنوات الخدمة(16 سنة فأكثر). وبالنسبة للعمر لصالح المبحوثين ذوي الأعمار(31-40 سنة)، ولصالح المبحوثين الذين لديهم عدد أطفال (4-6 أطفال)، ولصالح المبحوثين ذوي التصنيف الفني (طبيب اختصاص)، ولصالح المبحوثين ذوي الدخل الشهري في الفئة الثانية(501-1000 دينار)، وبالنسبة للحالة الاجتماعية فكانت لصالح المتزوجين ويمكن أن يكون تفسير ذلك انه كلما زادت سنوات الخدمة للطبيب في المستشفى وكلما ارتفعت درجة تصنيفه الفني وارتفع دخله الشهري وبتزايد عمره وعدد أطفاله كلما قدر بأن هنالك صحة تنظيمية في المستشفى التي يعمل بها، وهذه النتيجة تتفق جزئيا مع نتيجة دراسة (Tsui &Chen , 1999) من أن المتغيرات الديموغرافية ومنها الحالة الاجتماعية والعمر والخدمة تتفاعل مع أبعاد الصحة التنظيمية مثل المعنويات والاستقامة المؤسسية فيؤدي ذلك إلى الالتزام لدى العاملين في مدارس (Hong Kong) .

15- أشارت المعطيات الإحصائية إلى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو(مصادر ضغوط العمل) تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، الدخل الشهري) وأنه لا يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو(مصادر ضغوط العمل) تعزى للمتغيرات الديموغرافية (سنوات الخدمة ، العمر، التصنيف الفني)، وكانت الفروق لصالح المبحوثين الذين لديهم عدد أطفال (4-6 أطفال)، ولصالح المبحوثين ذوي الدخل الشهري الثالثة (1001 دينار فأكثر)، وبالنسبة للجنس كانت لصالح الذكور، وأما بالنسبة للحالة الاجتماعية فكانت لصالح المتزوجين ولعل تفسير ذلك يقود إلى انه

يتناسب والموارد المالية المتوفرة لوزارة الصحة، من أجل رفع معنويات الأطباء وبما يضمن تهيئة الظروف النفسية والاجتماعية المناسبة لتأديتهم مهامهم على الوجه المطلوب.

5 - متابعة المستجدات في مجال تكنولوجيا الطب والعلاجات التي تتوافر في البلدان المتقدمة، وذلك عن طريق دعم الاطباء في المشاركة في المؤتمرات والدورات، وتوفير خدمات الإنترنت وقواعد المعلومات للأطباء والعاملين على إدارة المستشفى.

6- توضيح وتوزيع الأدوار بين الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية بعدالة وموضوعية وبما يتناسب مع قدرات ومهارات الأطباء، وبينهم وبين القائمين على تقديم الخدمة الصحية من ممرضين وفنيين، وتحديد الوصف الوظيفي لكل طبيب وللآخرين بدقة ليتناسب مع السلطات والمسؤوليات الممنوحة لهم.

7- منح المزيد من الاستقلالية في العمل للمستشفيات الحكومية بشكل عام، والمبحوثة بشكل خاص، وهذا بدوره ينعكس من قبل إدارة المستشفى على استقلالية الأطباء في العمل دون تدخل الآخرين في أعمالهم، كونهم أناس متخصصون في مجالات اختصاصاتهم وهذا يزيد من إنتاجيتهم وبالتالي من فاعلية المستشفى في تقديم خدماتها .

8 - الاهتمام من قبل المستشفيات في الحالات الصحية والجسمية والشخصية للأطباء العاملين، وتوفير المناخ المادي الملائم للعمل، وتوفير ما يلزم لحمايتهم من الأمراض المهنية أو انتقال العدوى لهم من المرضى المصابين لتخفيف معاناة الأطباء من القلق الذي ينتابهم من هذا الجانب.

9 - إعادة النظر في الهياكل التنظيمية وإعادة تصميمها لتوفير المرونة فيها بما يتناسب وعمل الأطباء لتقليص السلسلة الهرمية التي غالباً ما تكون عائقاً أمامهم، وليتسنى لهم المشاركة في صنع القرارات في المستشفيات ويقترح هنا استخدام الهياكل المصفوفية (المرنة) .

10 – توفير التدريب الأكاديمي المبرمج في المستشفيات المبحوثة الذي يقوم على أسس تعليمية واضحة للأطباء وتدريب إداري للعاملين الآخرين وتوفير مكتبة

علمية ووسائل تعليمية وإيضاحية ومناهج تثقيفية أخرى تشمل المواضيع القانونية والإدارية التي تساعد الأطباء الآخرين على فهم مسؤولياتهم وواجباتهم.

11 - إيجاد دائرة علاقات عامة في المستشفى وتفعيل دورها في تنظيم العلاقات بين الأطباء وغيرهم من العاملين وذوي المرضى وتنظيم الزيارات وإعداد ونشر الوعي والتثقيف الصحي .

12 - إصدار دليل عمل للأطباء والعاملين في المستشفيات وتوضيح اللوائح والتعليمات وصياغتها بشكل يسهل فهمها والعمل على تحديثها باستمرار.

13 - الاهتمام بمباني المستشفيات وتصميمها لأن تكون ملائمة لتقديم الرعاية الطبية للمراجعين والمقيمين، مع توفير أجهزة تدفئة وتكييف وإضاءة مناسبة فيها ووسائل الراحة والترفيه للاطباء والعاملين كونهم يعملون لساعات طويلة .

وتوصي الدراسة الباحثين والإداريين في مختلف المنظمات الحكومية بما فيها المستشفيات إجراء الدراسات العديدة في موضوع الصحة التنظيمية في منظماتهم للوقوف على مستواها وبذل المزيد من الجهود في تعزيزها، كون هذا الموضوع يحتاج الى المزيد من الدراسات .

المراجع

أ. المراجع العربية:

إبراهيم، عبد الستار،(1997)، "**الضغوط النفسية**" ، ط1، كلية الطب والعلوم الطبية،جامعة الملك فيصل،الرياض،السعودية.

أبو خرمة، عماد محمد، (2000)، إدارة الخدمات الصحية في الأردن: حالة دراسية عن خدمات قسم الأشعة في مستشفى جرش الحكومي، "**مجلة الإداري**" ،معهد الإدارة العامة، مسقط، سلطنة عُمان، العدد 83، ص ص 93-146.

أبو شيخة، نادر احمد،(2000)، "**إدارة الموارد البشرية**"، دار صفاء للنشر والتوزيع،ط1 ،عمان ،الأردن.

آل علي، رضا صاحب، والموسوي، سنان كاظم،(2001)، "**وظائف المنظمة المعاصرة – نظرة بانورامية عامة** " ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع،ط1، عمان،الأردن.

الأحمدي، حنان عبد الرحيم، (2002) ، التحسين المستمر للجودة :المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، "**مجلة الإدارة العامة**"، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، المجلد 40، العدد 3، ص ص 409-443.

الأحمدي، حنان عبد الرحيم، (2001)، الاستقلالية المهنية للأطباء العاملين في مستشفيات مدينة الرياض : دراسة تطبيقية، " **المجلة العربية للعلوم الإدارية**"، معهد الإدارة العامة، السعودية، المجلد 8 ، العدد 3 ، ص ص 315-345.

اللوزي، موسى سلامة، والحنيطي، نادية خلف، (2003)، اثر العوامل المهنية والشخصية على الضغط الوظيفي في المستشفيات الحكومية بالأردن : دراسة ميدانية تحليلة ، "**مجلة دراسات العلوم الإدارية**" ، الجامعة الأردنية ، المجلد 30 ، العدد 2 ، ص ص 350-370.

ادبيس، خالد، (2001)، إدارة السجلات الطبية المفهوم والأهمية والتنظيم ، "**مجلة الإداري**" ، معهد الإدارة العامة ،مسقط ،سلطنة عمان ، العدد 87،ص ص 135-170.

البشابشة، سامر عبد المجيد، (2002)، العلاقة بين بعض خصائص المعلومات وفاعلية الرقابة الإدارية : دراسة ميدانية، "**مجلة مؤنه للبحوث والدراسات**"، مؤنه، الأردن،المجلد 17 ، العدد 7، ص ص 117-148.

البكري، أمل، وحمارنة، ريتا، وبدران، زين، (2001)، "**الصحة والسلامة العامة**"، دار الفكر، ط 2، عمان، الأردن.

تاج الدين، مدني عبد الرحمن، (1991)، المسؤولية الجنائية للطبيب وتطبيقاتها في المملكة العربية السعودية، "**مجلة الإدارة العامة**" ، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، العدد 70 ، ص ص 185-211.

التويجر، انس محمد، (2003)، القيم الشخصية والتنظيمية وأثرها في فاعلية المديرين في الوزارات الأردنية، "**رسالة ماجستير غير منشورة**" ،جامعة مؤتة، الكرك ، الأردن .

الجرادين، صباح خليل، (2001) ، مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية ، "**رسالة ماجستير غير منشورة**" ، جامعة مؤته، الكرك، الأردن .

جمعة، سامر، ونحلاوي، نوال، والشايب، سعد، ودشاش، احمد، (2000)، "**الصحة العامة والطب الوقائي**" ، ط1، جامعة دمشق، الجمهورية العربية السورية.

جربر، سارا زيف، (1999)، **إدارة الضغوط من اجل النجاح**، ترجمة وطباعة مكتبة جرير، ط1، الرياض، السعودية.

الحراسيس، عمر سلامة، (2004)، السلوك الإبداعي لدى أعضاء هيئة التدريس، المحددات والمعوقات : دراسة ميدانية على الجامعات الأردنية الخاصة، "**رسالة ماجستير غير منشورة**"، جامعة آل البيت، المفرق، الأردن.

الحسبان، عيسى عويس، (1999)، اثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على المناخ التنظيمي :دراسة حالة – مستشفى الحسين /السلط ، "**رسالة ماجستير غير منشورة** " جامعة آل البيت، المفرق، الأردن.

الحمد، فهاد بن معتاد، والشهيب، صالح بن عبد الرحمن، (1991)، خدمات المستشفيات: استطلاع انطباعات وآراء المستفيدين، "**مجلة الإدارة العامة**"، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، العدد 71، ص ص 7-37.

الحوامدة، نضال صالح، (2001) " اثر مصادر ضغط العمل على مستوى الضغط المدرك : دراسة ميدانية ، " **مجلة النهضة**"، جامعة القاهرة، العدد 6، ص ص 34-74.

الحيارى، حسن، (2001)، متطلبات الوقاية والحماية الذاتية للمستشفيات، "**مجلة الدفاع المدني** "، المديرية العامة للدفاع المدني، عمان، الأردن، العدد 36، ص ص12-13.

الخضراء، بشير وآخرون، (2003)،"**السلوك التنظيمي**"، جامعة القدس المفتوحة، ط 2، عمان ،الأردن .

الخضيري، محسن احمد، (1991)، "**الضغوط الإدارية**" ، مكتبة مدبولي، ط1، القاهرة، مصر.

كندرسلي، دورلنغ، (2001)، "**الحد من ضغوط العمل** "، مكتبة لبنان، ط1،بيروت،لبنان.

رضوان، شفيق، (1994) ، "**السلوكية والإدارة**" ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، ط1، بيروت، لبنان.

ريجيو، رونالد ،(1999)، "**المدخل إلى علم النفس الصناعي والتنظيمي**"، ترجمة : فارس حلمي، دار الشروق، ط1، عمان، الأردن.

الرواشدة، اياد، (2004)، التراجع التنظيمي وأثره في الثقة التنظيمية لدى العاملين في المؤسسات العامة الأردنية ،"**رسالة ماجستير غير منشورة** "،جامعة مؤتة،الكرك، الأردن .

السالم، مؤيد سعيد، (1990)، التوتر التنظيمي ،"**مجلة الإدارة العامة**" ، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، العدد 68، ص ص 79-95.

ستيفن، ميشيل، (1996) ، "**كيف تنمي قدرتك على حل المشاكل** "،ترجمة سامي تيسير سليمان، بيت الأفكار الدولية،عمان، الأردن.

سيف، أروى مصطفى احمد ، (1996)، نمط السـلطة ودورهـا فـي العلاقـات التنظيمية في المستشفيات " **رسالة ماجستيرغير منشورة** " ، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن .

شلول، أنور حمزة ، (1999)، الرضا الوظيفي لـدى القيـادات الإداريـة فـي الجامعات الأردنية الحكومية والأهلية والعوامل المؤثرة فيه من وجهة نظرهم : دراسة مقارنة ،" **رسالة دكتوراه غير منشورة** "، جامعة الخرطوم ، السودان .

الشماع، خليل، وكاظم، خضير، (2000)، " **نظرية المنظمة** "، دار المسـيرة، ط1، عمان ،الأردن .

شيبس، شيلدون، (2000)، "**مايو كلنك ضغط الدم المرتفع**" ، ترجمة مركز التعريب والترجمة،الدار العربية للعلوم، ط1،بيروت، لبنان.

الشيخلي،عبد القادر،(1999) "**أخلاقيات الوظيفة العامة**"، دار مجدلاوي للنشـر، ط، عمان ،الأردن.

شيشاني، احمد، (2000) ، "**الصحة والعلاقات مع زملاء العمـل** "، صحيفة البوابة، 2 حزيران 2004، عمان، الأردن.

عارف، حسين ناجي، (2001)، "**السلوك التنظيمـي** " ، دار يافـا العلميـة، ط1، عمان، الأردن.

عبد الباقي، صلاح الدين محمد، (2001)، "**السلوك التنظيمي**"، دار الجامعة الجديدة، ط1 ، الإسكندرية ، مصر .

عبدالله، محمد قاسم، (2001)، "**مدخل إلى الصـحة النفسـية**" ، دار الفكـر، ط1 ، عمان ،الأردن.

عبد الحليم، احمد ، والشـلبي، فيصـل مرعـي، (2001) ، مسـتوى الخـدمات الصحيـة المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية : دراسة تقيميـة مـن وجهة نظر الأطباء العاملين فيها " **مؤتـة للبحـوث والدراسـات**" ، الكـرك، الأردن، المجلد 16، العدد 6، ص ص 77 -124.

عبد الحليم، احمد، والعمري، اديب، (2004)، " العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية : دراسة ميدانية لمستشـفى البشـير والمستشـفى الإسـلامي "

مجلة دراسات العلوم الإدارية "، الجامعة الأردنية، عمـــان، الأردن، المجلـــد 31، العدد 1، ص ص 107-122.

العديلي، ناصر محمد، (1995)، "**السلوك الإنساني والتنظيمي منظور كلي مقارن** "، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية .

عطية، جرجي شاهين، (2000)، "**المعتمد : قاموس عربي- عربـــي**" ، ط 2 ، دار صادر ،بيروت ،لبنان.

العطوي، محمد إبراهيم، (2004) ،اثر ضغوط العمل في الرضـــا الـــوظيفي فـــي المؤسسة العامة للتعليم الفني والتدريب المهني في المملكة العربية الســـعودية، "**رسالة ماجستير غير منشورة** " ، جامعة مؤتة، الكرك، الأردن .

عسكر، سمير احمد، (1988) ، متغيرات ضغط العمل دراسة نظرية وتطبيقية فـــي قطاع المصاريف بدولة الإمارات العربية المتحدة، "**مجلـــة الإدارة العامـــة**"، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، مجلد بلا، العدد 60،ص ص7-27

العلاونة، علي، وعبيدات، محمد، (1999)، "**تنظريـــة المنظمـــة**"، دار رنـــد للنشـــر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

العمر، بدران بن عبد الرحمن، (2002)، مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشـــاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، "**مجلة الإدارة العامة**"، معهد الإدارة العامـــة، الريـــاض، الســـعودية، المجلـــد 42، العدد2، ص ص 307-352.

عيسى، مجدي محمد، (1999)، التلوث الضوضائي وسبل مكافحته، "**مجلة عيـــادة الجندي**" ، الإدارة العامة للخدمات الطبية، الرياض، الســـعودية، العـــدد 16، ص ص 52-59.

الغامدي، عبدالله عبد الغني ،(1990) ،الثقة التنظيمية في الأجهـــزة الإداريـــة فـــي المملكة العربية السعودية ،المجلة العربية لـــلإدارة ،المجلـــد .4، العـــدد.3، السعودية ،ص ص.5-47.

فريحات، حكمت، والشاعر، عبد المجيد، والخطيب، عماد، والخطيب، هشام، وكنعان، هشام، (2001)، "**مبادئ في الصحة العامة** "، دار اليازوري العلمية، ط1، عمان، الأردن.

الفليسي، عثمان سالم حسين، (2000)، " **قواعد الأخلاق الطبية وآداب المهنة** " المكتبة الوطنية، ط1، عدن، الجمهورية العربية اليمنية .

القرني، محمد بن مسفر، (2003)، تأثير غموض الدور وتعارض الدور في الممارسة المهنية لدى الاختصاصيين الاجتماعيين في المؤسسات الطبية، "**مجلة العلوم الاجتماعية**" ، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، الكويت، المجلد 31 ، العدد 1، ص ص 87-105 .

القريوتي، محمد قاسم،(2000)،" **السلوك التنظيمي : دراسة السلوك الإنساني الفردي والجماعي في المنظمات المختلفة**"، ط 3 ، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

القريوتي، محمد قاسم، (2000)، "**نظرية المنظمة والتنظيم**" ، دار وائل للطباعة والنشر، ط1 ،عمان، الأردن .

القريوتي، محمد قاسم، (2001)، "**مبادئ الإدارة – النظريات والعمليات والوظائف**"، دار وائل للطباعة والنشر، ط1 ، عمان، الأردن.

ماهر، احمد، (1997)، "**السلوك التنظيمي**"، الدار الجامعية، ط 6 ، الإسكندرية ، مصر.

ماتيسون، مايكل، وايفانيسيفش، جون، (1999)، "**كلاسيكيات الإدارة والسلوك التنظيمي**" ، ترجمة هشام عبدالله ، الأهلية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

مبيضين، ميساء يونس، (2003)، اثر عوامل التغير التنظيمي على الأداء في شركة الاتصالات الأردنية ، "**رسالة ماجستير غير منشورة** "، جامعة مؤتة، الكرك،الأردن.

محارمة، ثامر محمد عويد، (1993)، تحليل المناخ التنظيمي في أجهـزة الخدمـة المدنية الأردنية ، "**رسالة ماجستير غير منشورة** " ، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

مزاهرة ، ايمن، (2000)، " **الصحة والسلامة المهنية** "، مكتبـة الشـروق، ط1 ، عمان، الأردن.

مزاهرة ، ايمن، والصفدي، عصام مهدي، وابـو حسـين، ليلـى، (2001)، "**علـم اجتماع الصحة**" ،ط1 ، دار اليازوري العلمية للنشـر والتوزيـع، عمـان ، الأردن .

المغربي، كامل، وآخرون، (1995)، " **أساسيات في الإدارة** " ، دار الفكـر للنشـر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

نصـيرات، فريـد، (2003) ، "**إدارة منظمـات الرعايـة الصـحية**"، الجامعـة الأردنية، ط1، عمان، الأردن.

الهيتي، خالد عبد الرحيم، (1999)، "**إدارة الموارد البشرية**" ، دار ومكتبة الحامـد للنشر، ط1، عمان، الأردن .

وزارة الصحة الأردنية ، (2004)، مديرية المعلومـات والدراسـات والبحـوث ، "**التقرير الإحصائي السنوي لعام 2004** " .

ياغي، محمد عبد الفتاح، (1998)، "**مبادئ الإدارة العامة** " مركز احمـد ياسـين الفني، ط 3 ،عمان ،الأردن.

ب. المراجع باللغة الأجنبية (الإنجليزية):

Akbaba, Sadegul, (1997), Organizational Health of Secondary Schools in Turkey and Changes needed , "**Unpublished Doctoral Dissertation**" , Ankara University , Ankara , Turkey .

AL-Shammari, Minwir,(1996) ,"**The Measurement of productive Efficiency of Hospitals in Jordan Anon parametric approach**" The , higher Council for Science and Technology , Amman , Jordan.

Banks, Dwayne, As-sayaideh & Ayyoub, Shafei & Abdul Razzaq, & Muhtuseb, Alia , (2002), " **Implementing Hospital Autonomy in Jordan**" , (PHR) Partners For Health Reform Plus Project , United States Agency For International Development, Maryland in Collaboration with: Jordanian Ministry of Health, Amman ,Jordan.

Ben-ayed, Omar & Al-Abbasi, Basil (2002) A Study of the Utilization of outpatient department in a Saudi General public Hospital, **Journal of king Soud University**. Administrative sciences, AL-Riyadh, Vol .14, No.2 ,pp 115-137.

Boyum , Richard,(2004), "**Characteristics of Healthy Relationships in Healthy Organizations**" University of wisconsineau Claire publication, minwest ,USA.

Browne, James , (2002), Validation of The Healthy Work Organizations Model, "**Journal of American Academy of Business**", Cambridge ,Hollywood ,USA, Vol.1 , No.2, pp.206-215.

Chaudron , David ,(1995), Becoming an Organizational Doctor, **American Management Association, HR. Focus**", New York,USA, Vol 72, No.12,PP 14-18.

CMHS , Center for Mental Health Services,(2003), **Support and Stress Management For Disaster Mental Health Staff: disaster response and recovery**, A Handbook for Mental health professionals ,Department of Health and Human services, Publication No.(SAM) 3010 ,Washington DC, USA.

Coomber ,S & Others, (2002), Stress in UK Intensive Care Unit Doctors, "**British Journal of Anesthesia**" , Cambridge, UK, Vol.89, No .6 , pp 873-881.

Cozens ,Jenny firth (2004) **stress in doctors** London Deanery of Postgraduate Medical Education, University of London, UK.

Duffy ,Carol &Ching Christophar ,(2001), Pressures and Stress in A West Australian Hospitals , **Murdoch University Personnel Review** ,Murdoch,Australia, Vol.30 ,No 2,pp.227-239.

Denison, Daniel, R. (1993) , **What is the Difference between Organizational Culture and Organizational Climate**, University of Michigan , school of business administration research support ,No729

Edward, Nigel, (2002),Un Happy Doctors: What Are The Causes And What Can Be Done? **British Medical Journal**, London, UK, Volume. 324, No. 316, pp835-838.

Hammond, Hamo &Koscec, Michael, (2004) "**A proposal to Measure the Organizational Health &Emotional Wellness**, Entec corporation, ABC University, Canada.

Helms, Marilyn (2001), "**Defining organizational effectiveness**", Management faculty, Datton State College, USA.

Herting, Stephen .R , (2002), Trust Correlated With Innovation Adoption in Hospital Organizations, " **American Society of Public Administrations**", Arizona, USA, Vol.62, No. 2, PP 1-36.

Hill,Gerald,(2003),Organizational Health, **School Administrator Journal Arlington**, USA, Volume 60, No. 5, PP 26-31.

Hilton ,Brown ,(1997) , Improving Organizational Health by Addressing Organizational Trauma , **Journal of Organizational Change Management** , Bradford ,Vol.10, No.2 ,pp 175-179.

Hoy, wayne & Sabo ,Dennis, (1997) , **Organizational Health Inventory –Middle level** , Ohio Stat University ,USA .

Jaffee, Cabot ,(2003) "**Creating Healthy Organization**" published by, Align mark, Maitland, USA.

Keeton, Carole, (2003), "**District Organization and Management**", Clear Creek Independent School District, Texas, USA.

Khataibeh, Moayad ,(2001) "**Role of Stress in Cancer**" Faculty of medical sciences, Applied Science University, Amman, Jordan.

Koscec, Michael, (2000), **Thriving Workplaces: Reversing Work Related Stress**, A Case Study, Entec corporation, Toronto University, Canada.

Koscec, Michael, (2004), **Stress – Related Illness At Work Can No Longer Be Ignored By Organizations Striving To Be Competitive,** Entec Corporation, Toronto University, Canada.

Laub, james A, (2004),**Organizational Health and Organizational Levels** Organizational Leadership Assessment Group, Indiana Wesleyan University, USA.

Levey, Joel & levey, Michelle, (2000), "**Strategies for Mastering Stress**" The Center for Corporate Culture & Organizational Health, at the Institute of Health & Productivity Management, Hawaii, USA,

Luck, Carole, (2000), **Reducing Stress Among Junior Doctors,** , British Medical Journal, London, UK, Volume 320, No 7248.

Matthew, Lambert, (2004) , Improvement and Innovation in hospital Operations: A key to Organizational Health , "**Frontiers of health services management**" Ann Arbor, USA, Vol.20, No.4, USA , PP 39-46 .

Mchugh, Marie , (2001) Employee Absence an Impediment to Organization Health in local Government "**The International Journal of Public Sector Management**" University of Ulster ,Northen Ireland,UK,Vol .14,No.1, pp 43-58.

Mcpherson, Susan, (2003), **Stress and Coping In Accident and Emergency Senior House Officers ,** Emergency Medicine Journal, London, UK, Vol.20, No.209 , PP231-239.

Midddlemist, Dennis & Hitt. Michael, (1988) , "**Organizational Behavior**", West Publishing Company, New York, USA.

Miller, Reneel&Griffin, Mark.A Personality and Organizational Health the Role of Conscientiousness "**work & stress**" ,University of Queensland, Brisbane, Australia,Vol.13 ,No.17-19.

Molly, Joel & Moosert, Stephen, (1998), **Guidelines For Protecting The Safety An Health Of Health Care Workers**, National Institute For Occupational Safety And Health, Publication No 88, Washington DC, USA..

Moorhead, G & Griffin, R.W,(1989), **Organizational Behavior**, 2Ed, Houghton Mifflim Company, Boston, USA.

Neugebauer Royer,(2000), Do You Have A Healthy Organization? **Information Exchange Child Care Magazine**, Redmond, USA, Volume .1, No. 27, pp38-41

Nurit And Cohen, William, (1991), Organizational Health Analyzer, ,"**Journal Of Leadership Applications**", California State University, USA, Volume .1, No. 3, pp 1-9.

Ochitwa, Orest.P, (2001), "**A Study of The Organizational Climate of High and Low Adapter Elementary School in Sastcatchewan**" A Canadian School Boards Association SSTA Research Centre Report #27, Ohawa ,Canada .

Orman, Mort, (1991), **The 14-day stress cure,** published by breakthru, 1Ed , Pennsylvania, USA.

Perkin M, Ronald, (1996), Stress And Distress In Pediatric Nurses, **Center For Christian Bioethics Journal**, Loma Linda University ,Volume. 12, No. 2, pp 1-9.

Posen, David , (1995), **Stress Management For Patient and physician,** Research paper Presented at Tri-University winter Medical Symposium St. Petersburg , Florida, March 11 ,1995.

Price, James ,(1997) Handbook of Organizational measurement, **International Journal of Manpower** department of Sociology, University of Lowa , Lowa city, USA . Vol. 18, No. 4, PP. 38-70.

Quick, James &Cocchiara , Faye,(2004) , The Negative Effects of Positive Stereotypes : Ethnicity – Related Stressors and Implications on Organizational Health, **Journal of Organizational Behavior,** Chichester, USA , Vol.25 ,No.6 , PP.781-786.

Reh , John , (2003), **"business management glossary"** ,published by primedia company ,lasvegas ,USA.

Saunders, Ian & Barker, Steve , (2001) , Organizational Health : A Framework for Check your Organizational Fitness for Success , **Journal of Change Management** ,London,UK ,Vol.2, No.2, PP.173-184.

Tsui, Kwok & Cheng Yin cheong ,(1999) School Organizational Health and Teacher Commitment , **Educational Research and Evaluation** , The Centre for Research and Development, Hong Kong ,Vol.5 ,No.3 , pp249-268.

Ugur, Dilmen & Ozsoylu, Sinasi, (2002), **Information Technology Applications in Hospital Management**, Islamic Academy of Sciences, Amman, Jordan.

Umstot, Dennis, (1984), **"Understanding Organizational Behavior"**, West Publishing Company, St.Paul, USA.

Vansant, Dona (2000), **Organizational Health**, Health Ventures Inc Publications, Columbia University, USA.

Williams , Tudor &Williams, Ryan, (2004), Diagnosing Organizational Health, **"Communication World"**, San Francisco, USA. Vol .21, No 1,pp.20-30.

Wolff, Shelly, (2003), Organizational Health: Beyond Integrated Disability **"Management Compensation and Benefits Review"** , Saranaclake ,USA ,Vol.35 , No.4 , PP 7-13.

ملحق (أ)

توزيع أفراد مجتمع وعينة الدراسة والاستبيانات المستردة والمستبعدة والصالحة للتحليل

ملحق (أ)

توزيع أفراد مجتمع وعينة الدراسة والاستبيانات المستردة والمستبعدة والصالحة للتحليل

عناصر مجتمع الدراسة وعينتها والاستبيانات المستردة والمستبعدة والصالحة للتحليل .

التسلسل	اسم المستشفى*	مجتمع الدراسة*	عينة الدراسة	الاستبيانات المستردة	الاستبيانات المستبعدة	الاستبيانات الصالحة للتحليل
1	البشير	535	268	225	10	215
2	د.جميل التوتنجي	80	40	28	3	25
3	الزرقاء الحكومي	187	94	73	4	69
4	الأمير فيصل	56	28	18	2	16
5	النديم	56	28	18	1	17
6	الأميرة سلمى	22	11	10	-	10
7	الحسين /السلط	147	73	55	3	52
8	الشونة الجنوبية	26	13	10	-	10
9	الأميرة إيمان	20	10	8	-	8
المجمـــــــــــوع		1129	565	445	23	422

المصدر :(وزارة الصحة (2004) مركز مديرية المعلومات والدراسات والبحوث ،التقرير الإحصائي السنوي لعام 2004، 204-274).

ملحق رمز (ب)

بسم الله الرحمن الرحيم

أختي الطبيبة الفاضلة /أخي الطبيب الفاضل حفظكم الله.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نظراً لأهمية الصحة التنظيمية في القطاع الصحي، فان الباحث يضع بين أيديكم هذه الاستبانه، التي تكشف عن مدى توفر أبعاد الصحة التنظيمية، وأثرها في الحد من مصادر ضغوط العمل لدى أطباء القطاع الحكومي، العاملين في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة الأردنية، وتجري هذه الدراسة استكمالا" لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة العامة في جامعة مؤتة.

وتتكون هذه الاستبانه من ثلاثة أجزاء هي:

الجزء الأول: يتعلق بالمعلومات العامة .

الجزء الثاني: يتكون من مجموعة فقرات عن مدى توافر أبعاد الصحة التنظيمية .

الجزء الثالث: يتكون من مجموعه فقرات عن ضغوط العمل .

ومصطلح الصحة التنظيمية (مصطلح إداري) يشير إلى: وضوح أهداف المستشفى، وتطابقها مع أهداف الأطباء. وتوفر الثقة في إدارة المستشفى وكفاءتها وعدالتها وصدق معلوماتها. وارتفاع مستوى معنويات العاملين. وإدارة المستشفى قادرة على متابعة التغيرات التقنية، وتضع خطط تساعد المستشفى على التكييف لصنع مركزها التنافسي. والموارد البشرية والمادية والتقنية تستغل أفضل استغلال. والسلطات في المستشفى موزعة توزيعاً عادلاً بين العاملين، ويتمتع الأطباء بسلطات توازي مسؤولياتهم. وهنالك ترابط وتماسك إيجابي في العلاقات بين الأطباء والإدارة والعاملين والأقسام. وطرق الاتصال ونقل المعلومات بين العاملين وعلى مختلف المستويات التنظيمية في المستشفى تتم بطريقة ملائمة. ويتوفر في المستشفى بيئة عمل وإجراءات تبعث على الإبداع. وتتبع المستشفى نظاماً فاعلاً لحل المشكلات. ويكون المستشفى مستقل في قراراته ويتمتع الطبيب أيضاً بالاستقلالية في عمله.

نأمل منكم التكرم بالإجابة على فقرات هذه الاستبانة بكل دقة وعناية حتى تخرج هذه الدراسة دقيقة وموضوعية، وسوف تحاط المعلومات الواردة فيها بالسرية الكاملة حيث ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، وفي حالة الاستفسار يمكنكم الاتصال بالباحث على الرقم 0777-864963

((وختاما أرجو قبول خالص شكري وتقديري على حسن تعاونكم))

الباحث

معتصم مهدي أبو شتال النعيمات

الجزء الأول:المعلومات العامة

أرجو التكرم بوضع إشارة (×) في المربع المناسب:

1. الجنس:

☐ ذكر ☐ أنثى

2. سنوات الخبرة:

☐ 5 سنوات فما دون ☐ من 6- 10 سنوات

☐ من 11إلى أقل من 15 سنة ☐ 16 سنة فأكثر

3. العمر:

☐ من 30 فما دون ☐ من 31 إلى 40

☐ من 41إلى 50 ☐ 51 فأكثر

4. الحالة الاجتماعية :

☐ أعزب ☐ متزوج

☐ أخرى ..... حدد

5. عدد الاطفال :

☐ لا يوجد ☐ من 3 فأقل

☐ من4-7 أطفال ☐ 8 أطفال فأكثر

6. التصنيف الفني :

☐ طبيب عام ☐ طبيب مقيم ☐ طبيب اختصاص

7. الدخل الشهري:

☐500 فأقل ☐ 501 -1000

☐1001-1500 ☐ 1501 فأكثر

مقياس الصحة التنظيمية

الجزء الثاني: يرجى وضع إشارة (x) في المكان الذي يمثل رأيك.

رقم الفقرة	الفقرة	درجات المقياس				
		دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا على الإطلاق
1.	أعتقد أن إدارة المستشفى تقوم على وضع أهداف قابلة للتحقيق					
2.	أشعر بأنه يوجد تطابق مدروس بين أهدافي وأهداف المستشفى					
3.	أقوم كطبيب بتأدية واجباتي بالمستشفى من خلال معرفتي الدقيقة بأهداف المستشفى					
4.	إدارة المستشفى تقوم بتطبيق سياسات تنظيمية عادلة على جميع العاملين					
5.	المعلومات التي نحصل عليها من إدارة المستشفى صادقة وموثوق بها					
6.	رئيسي المباشر يتمتع بكفاءة ومعرفة عالية في مجال عمله					
7.	أشعر بأن الراتب الذي أتقاضاه كافٍ بالمقارنة مع مستوى إنجازي في العمل					
8.	أن معنوياتي مرتفعة للقيام بالأعمال المنوطة بي					
9.	إنني راضٍ عن عملي في المستشفى.					
10	تحرص إدارة المستشفى التي اعمل بها على صنع مركزها التنافسي بين المستشفيات الأخرى					
11	تقوم إدارة المستشفى التي أعمل بها على عمل برامج تطويرية لأقسامها.					
12	تضع إدارة المستشفى خططاً سنوية لمواكبة التغيرات التي تحدث في تكنولوجيا العلاج والخدمات الصحية.					
13	تقوم إدارة المستشفى بوضع استراتيجية فاعلة تحقيق الفوائد الممكنة من الموارد المتاحة					
14	لدى المستشفى القدرة الكافية لتشغيل جميع الموارد البشرية المتاحة.					
15	يحاول المستشفى إيجاد بدائل تعويضية لمواجهة ندرة الموارد في البيئة					
16	توزع السلطات في المستشفى توزيعاً عادلاً.					

رقم الفقرة	الفقرة	درجات المقياس				
		دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا على الإطلاق
17	اعتقد أن الصلاحيات المنوطة بي تتناسب مع المسؤوليات المكلف بها					
18	يتم توزيع الأدوار بين العاملين في المستشفى حسب إمكانياتهم وقدراتهم.					
19	أشعر أن العلاقة قوية وإيجابية بين إدارة المستشفى والأطباء والعاملين فيه.					
20	إن معظم العاملين يشعرون بتجاذب العلاقات داخل المستشفى.					
21	تترابط الأنشطة في المستشفى فيما بينها كوحدة متكاملة					
22	أتمتع من خلال وظيفتي في المستشفى بإتصالات مفتوحة لجميع الاتجاهات.					
23	الاتصالات المعتمدة في المستشفى تتوافق مع جميع المستويات التنظيمية.					
24	إن نقل المعلومات والمعرفة بين مستويات التنظيم في المستشفى تتم بصورة فاعلة.					
25	تقوم إدارة المستشفى بدعم الأفكار الجديدة لغرض الاستفادة العملية منها					
26	المستشفى التي أعمل فيها توفر للأطباء بيئة عمل لإظهار إبداعاتهم.					
27	تعقد إدارة المستشفى مناقشات دورية لغرض تحسين المهارات الإبداعية لدى العاملين.					
28	تعتمد إدارة المستشفى الذي أعمل به الأسلوب العلمي في مواجهة المشكلات.					
29	يوجد نظام معالجة فورية للمشاكل في المستشفى الذي أعمل يحول دون توقف النشاطات					
30	لدى المستشفى نظام متابعة لتقييم حلول المشكلات التي يتعامل معها.					
31	المستشفى الذي أعمل فيه يأخذ قراراتهالداخلية باستقلالية بعيداً عن الوزارة.					
32	يتجاهل المستشفى الذي أعمل فيه طلبات الجماعات الضاغطة كالنقابات في اتخاذ قراراته.					
33	أتمتع كطبيب باستقلالية في عملي دون تدخل الآخرين .					

الجزء الثالث يرجى وضع إشارة (x) في المكان الذي يمثل رأيك.

مقياس مصادر ضغوط العمل

رقم الفقرة	الفقـــــــــرة	درجات المقياس				
		دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا على الإطلاق
.34	أركز على الجوانب السلبية في حياتي بدلا من التركيز على الجوانب الايجابية.					
.35	الواجبات المطلوبة مني تتطلب مهارات وقدرات أكثر من التي أمتلكها .					
.36	في عملي أشعر بالقلق ونقص امتلاك الطاقة الكافية للقيام به .					
.37	أشعر بأنني مندفع وطموح وأنجز أعمالي في أقل وقت ممكن .					
.38	أشعر بعدم التوازن الداخلي عند تعاملي مع حالة مرضية غير مشجعة .					
.39	يزعجني في عملي الهيكل التنظيمي للمستشفى بسبب عدم مرونته وعدم استجابته للتغيرات المستجدة .					
.40	أجد صعوبة في التعامل مع الأجهزة التقنية في المستشفى .					
.41	يتجاهلني رؤسائي عند اتخاذ قرارات هامة متعلقة بعملي في المستشفى .					
.42	يقيم عملي في المستشفى من قبل إدارة المستشفى بطرق غير موضوعية					
.43	لا يوجد في المستشفى أهداف عمل واضحة ومحددة					
.44	يزعجني قلة الراتب والمكافآت بالمقارنة مع طبيعة المهام والواجبات التي أقوم بها في المستشفى.					
.45	عملي في المستشفى يتم في مكان كثير الضوضاء					
.46	الإضاءة في مكان عملي غير موزعة توزيع مناسبا"					
.47	أعمل في المستشفى في أجواء متباينة الحرارة					
.48	يؤثر عدم توفر الأجهزة اللازمة سلبياً على أدائي لعملي في المستشفى					
.49	لا يتوفر في مكان عملي في المستشفى احتياجات الصحة والسلامة المهنية.					

رقم الفقرة	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا على الإطلاق
		درجات المقياس				
.50	إن سلطاتي ومسؤولياتي غير واضحة.					
.51	يواجهني أثناء عملي مطالب متعارضة من أكثر من جهة.					
.52	إن حجم العمل الذي أقوم به أكبر من الوقت المتاح لي.					
.53	إن عملي يترتب عليه الكثير من المخاطر					
.54	يوجد بطء في فرص النمو والترقية في المستشفى الذي أعمل به.					
.55	يشعرني عملي كطبيب في المستشفى بالمسؤولية عن حياة المرضى.					
.56	المشكلات التي تحدث في أسرتي تؤثر سلبًا في عملي					
.57	شعوري بالالتزام العميق نحو أصدقائي يجعلني أقع تحت تأثير ظروفهم ومطالبهم.					
.58	أشعر بالتوتر بسبب حدوث خلافات بيني وبين رئيسي في العمل.					
.59	يزعجني عدم تعاون الممرضين والممرضات أثناء العمل.					
.60	أتعامل مع مرضى كثيري الإلحاح وغير ملتزمين بالتعليمات.					
.61	يزعجني التدخل الذاتي من ذوي المرضى في الإجراءات الشخصية للمريض.					